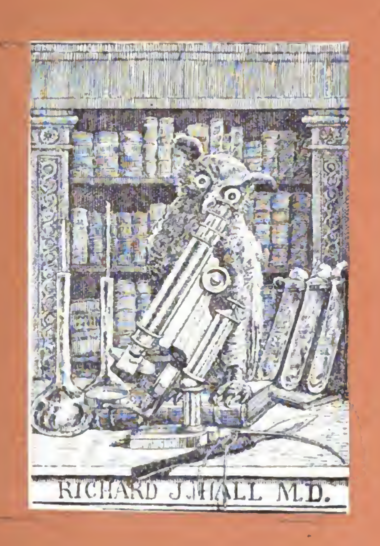
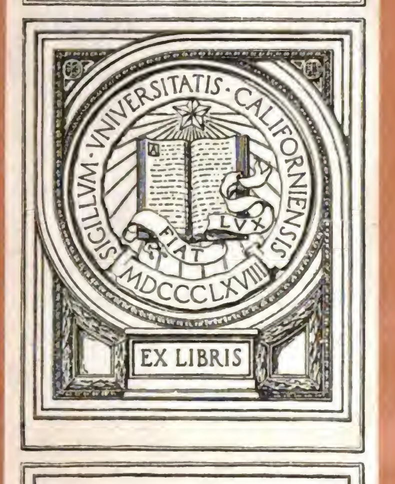


Zentralblatt fur Gynaekologie


RICHARD J. HALL M.D.




SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS

Centralblatt für Gynäkologie.

Zwölfter Jahrgang.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.

1888.

Originalmittheilungen.

2557

Namenregister.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen.)

Sachregister.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen.)

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1. Sonnabend, den 7. Januar. 1888.

I. Über Jodoformdocht.

Von

R. Chrobak.

Im Centralblatte für Chirurgie (No. 31, 1887) hat R. Gersuny die allgemeine Aufmerksamkeit auf die Vorzüge des Jodoformdochtes gegenüber der Jodoformgaze zu lenken versucht.

Ich verdanke es früheren mündlichen Mittheilungen des genannten Autors, dass ich seit mehr als einem Jahre den Jodoformdocht häufig und jedes Mal zur Tamponade von Höhlenwunden verwendet habe und so bin ich in der Lage, der Empfehlung Gersuny's meine eigene, auf Erfahrung gestützte, hinzuzufügen und diese ganz besonders an meine engeren Fachkollegen zu richten.

Die von Gersuny hervorgehobenen Vortheile des Jodoformdochtes als bekannt voraussetzend, will ich hauptsächlich die ganz eminente Fähigkeit desselben, eine energische Drainage einzuleiten und zu unterhalten, betonen. Gersuny hat dieselbe zwar auch erwähnt, doch verlässt er sich nicht unbedingt darauf, wesshalb er neben dem Dochte noch einen Gummidrain einzuführen empfiehlt. Dieses Verfahren ist nun nach meiner Erfahrung bei Verwendung von Jodoformgaze ab-

solut nothwendig, bei dem Dochte wohl nur dann, wenn man darauf rechnet, durch die Drainage nicht bloß Flüssigkeit, sondern auch Gerinnsel, Eiterflocken etc. zu entfernen.

Es liegt auf der Hand, dass die Kapillarwirkung in einem gedrehten Baumwollfaden ohne Vergleich energischer sein wird, als in dem Gewebe der Jodoformgaze. Um einen Maßstab dieser Thätigkeit zu erhalten, habe ich eine Reihe von Versuchen folgender Art angestellt: Ich füllte in ein weites Probirröhrchen 15 ccm destillirtes Wasser, legte in dasselbe das Ende eines aus 6 Fäden gedrehten Jodoformdochtes und führte das andere Ende desselben in ein zweites leeres Probirröhrchen, dessen Rand, eben so wie jener des ersten, ganz leicht mit Fett bestrichen war. Die Dicke des einzelnen Fadens betrug 2 mm, die Totallänge des Dochtes 35 cm.

Dieselbe Anordnung traf ich dann mit Jodoformgaze. Ich verwendete 5 cm breite, 35 cm lange Streifen aus verschiedenen Fabriken bezogen, sowohl parallel mit der Faserung, als schief geschnitten, das eine Mal zusammengedreht, das andere Mal flach gelassen. Alle diese Probirröhrchenpaare wurden zu gleicher Zeit hergestellt und da ergab sich nun, dass nach 12 Stunden etwa ein Drittel des Wassers, in welchem der Docht hing, in das andere Röhrchen übergegangen war, nach 24 Stunden war die Wassermenge in beiden Röhrchen vollkommen gleich. In den mit Jodoformgaze armirten Röhrchen hatte nach 24 Stunden überhaupt kein Hinübertreten von Flüssigkeit stattgefunden, die Anfangs leeren Röhrchen enthielten nicht einen Tropfen Wasser, die meisten Gazestreifen waren an der Stelle des Übertrittes in das leere Röhrchen völlig trocken, ein einziger Streifen war in seiner ganzen Länge feucht. Die anderen waren entweder nur so weit nass, als sie im Wasser hingen, oder ein kleines Stückchen darüber. (Die Gaze, welche vollkommen durchfeuchtet war, war durch Eintauchen in eine koncentrirte, ätherische Jodoformlösung hergestellt worden.)

Ich habe bei Laparotomien seit mehr als einem Jahre überhaupt die Jodoformgaze weder zur Drainage, noch zur Ausfüllung von Höhlen verwendet, sondern immer nur Jodoformdocht und hierbei jedes Mal die ganz ausgezeichnete Fähigkeit desselben, die Drainage zu unterhalten, beobachten können.

Ganz besonders glaube ich in zwei Fällen den glücklichen Ausgang der Verwendung des Dochtes zuschreiben zu sollen. Im ersten Falle handelte es sich um ein intraligamentöses Kystom des Ovarium welches die Peritonealplatten des Ligamentes theilweise durchbrochen hatte bei gleichzeitiger Peritonitis. Bei der Operation wurde das Beckenperitoneum vielfach zerrissen und abgelöst, die ganze Höhle blutete heftig. Ich füllte dieselbe mit mehr als einem Meter Jodoformdocht fest an und leitete denselben nach außen, neben einem dicken Gummidrain, den ich einlegte, weil die ganze Bauchhöhle mit großen Eiterflocken gefüllt gewesen. Vom Momente der Operation an war die Pat. absolut fieberfrei. Am 5. Tage lockerte sich der

Docht, von da ab kürzte ich denselben, bis ich ihn am 12. Tage vollkommen entfernte. Schon am 1. Tage musste ich den ganzen Verband wechseln, weil derselbe durch Massen von Flüssigkeit, die, wie man nach der Anordnung des Verbandes sehen konnte, der Docht herausgeleitet hatte, durchtränkt war.

Eben so glatt war der Verlauf des 2. Falles, in dem es sich um eine supravaginale Amputation wegen Myoms handelte. Ich wollte den Stumpf extraperitoneal behandeln, es war aber Alles so straff, die Bauchdecken so fett, dass ich das Peritoneum des Stumpfes schlechterdings nicht mit dem Peritoneum parietale allenthalben, sondern nur im unteren Abschnitte vereinigen konnte. Ich umwickelte zuerst den Stumpf mit Jodoformgaze, aus der ich eine Manschette bildete, um dieselbe mit Salicyltannin zu füllen, darüber und bis ins Becken hinunter wurde Jodoformdocht gelegt, der erst nach 14 Tagen vollkommen entfernt wurde. Nur oberhalb des Stumpfes hatte ich ein Gummidrain gelegt, unterhalb desselben war der Docht allein.

Von solchen Fällen abgesehen aber muss ich den Jodoformdocht lebhaft empfehlen für die Tamponade der Uterushöhle nach Enucleation von Fibroiden. Da ich die Kapselreste fast nie mehr abschneide, so bleiben, besonders bei multiplen Myomen — ich habe einmal ein Nest von 9 solchen in einer Sitzung entfernt — vielfach Buchten und Winkel übrig, die jedes Mal ganz ausgezeichnet durch den Docht drainirt waren.

Ferner dürfte der Docht, sowohl der Jodoform-, als der Tanninjodoformdocht, das beste Mittel sein, um bei Endometritis die medikamentöse Wirkung mit der Drainage zu verbinden. Ich verwende hierzu selbstverständlich nur dünne Dochte (aus 3—6 Fäden bestehend), die, in die Uterushöhle geführt, dort 3—5 Tage liegen bleiben, falls sie nicht früher vom Uterus ausgestoßen werden, oder herausfallen in Folge der wegen der Tamponade eintretenden Erweiterung des Collum.

Zur Einführung bediene ich mich seltener der schon von Kristeller angegebenen krückenartigen Instrumente, sondern einer dünnen, allenthalben, auch am Bissende glatten Zange, welche leicht über die Kante gebogen, vom Schlosse zur Spitze mäßig konisch zuläuft.

Über die Verwendung des Dochtes zur Tamponade des puerperalen Uterus, so wie zur methodischen Erweiterung seiner Höhle habe ich noch keine genügende Erfahrung.

II. Zur Technik der Ergotininjektionen.

Von

F. Engelmann, Kreuznach.

Bumm hat unter obiger Überschrift in No. 28 d. Bl. (1887) einen Artikel veröffentlicht, in welchem er den üblichen Methoden der Injektion den Vorwurf machte, dass sie regelmäßig Entzündung, Knotenbildung, Schmerzen im Gefolge hätten. Als Ursache dieser

Erscheinungen giebt er an: die unpassende Wahl des Ortes, den Unterleib, die saure Reaktion der Injektionsflüssigkeit und drittens die Koncentration derselben. Er schlägt vor, als Ort der Einspritzung die Nates zu wählen und die Injektion tief in die Muskulatur zu machen; die Injektionsflüssigkeit zu neutralisiren und die Koncentration geringer, 1 : 5 oder 10, zu wählen.

In Betreff des Ortes der Injektion scheint es mir ziemlich gleichgültig, wo dieselben gemacht werden, doch muss ich bestreiten, dass die Bauchdecken hierzu ungeeignet sind. Nimmt man frische Ergotinlösung, die unmittelbar oder kurze Zeit vor der Einspritzung bereitet ist, so wird man nie Reizerscheinungen irgend welcher Art bekommen, oder nur sehr unbedeutende. Eben so wenig hat die saure Reaktion der Lösung, die übrigens, wenigstens bei Ergotin bis dialysatum Bombellon nur sehr wenig intensiv ist, oder die Koncentration etwas mit dem größeren oder geringeren Reiz zu schaffen. Derselbe hängt einzig und allein von der Zersetzung des Präparates ab, und diese erfolgt, wie ich nachgewiesen habe (Über Zersetzung von Ergotinlösungen. Deutsche med. Wochenschr. No. 39 ff. 1886), äußerst rasch. Die üblichen antiseptischen Zusätze ändern daran gar nichts, sie sind absolut wirkungslos. Das reine Ergotin dagegen hält sich unbegrenzt, wird es aber mit Wasser, auch mit Aqu. dest., von welchem ich gezeigt habe, dass es häufig mehr verunreinigt ist durch Mikroben, als schlechtestes Brunnenwasser, gemischt, so findet eine rasche Zersetzung statt, die oft schon nach wenig Stunden eintritt, so dass, wenn auch die Mischung noch vollständig klar, dennoch das Präparat unbrauchbar ist. Es giebt daher nur einen Weg, die unangenehmen Reizerscheinungen etc. zu vermeiden, die Mischung unmittelbar vor der Einspritzung vornehmen zu lassen, oder besser noch selbst zu machen. Ich habe an anderer Stelle (Zur Behandlung der Uterusmyome. D. m. W. 25 ff. 1885) eingehender eine Methode besprochen, die mir gute Dienste gethan hat und die ich auf Grund erneuter, reicher Erfahrung sehr warm empfehlen kann, auf die ich die Kollegen, die sich dafür interessiren, verweisen muss. Verfährt man in der dort angegebenen Weise, so ist es ziemlich gleichgültig, wie stark die Koncentration ist, selbst 50%iges und reines Ergotin habe ich wiederholt in dringenden Fällen eingespritzt, ohne unangenehme Nebenerscheinungen erlebt zu haben. Ich kann Kollegen Bumm nicht zugeben, dass es gleichgültig ist, ob ich koncentrirtere oder weniger koncentrirtere Lösungen anwende. Einerseits ist die wiederholte Applikation der Spritze nicht angenehm, andererseits glaube ich, dass gerade bei Anwendung bei Myomen es nicht wünschenswerth ist, dass die Einspritzung rasch aufgesaugt wird, sondern mehr allmählich, um auch länger dauernd wirksam sein zu können, wie ich eingehender in dem oben angeführten Aufsatze ausgeführt habe. Als Beweis für die Schmerzlosigkeit meines Verfahrens bemerke ich noch, dass eine Anzahl Kranker sich auf meine Anweisung hin seit Jahren die Injektionen selbst machen, ohne jemals Störungen empfunden zu haben.

Es scheint mir nicht unwichtig, dass die Kranken die Behandlung selbst in die Hand nehmen, da es nothwendig ist, jahrelang dieselbe fortzusetzen, und auf diese Weise viel Mühe für den Arzt und Unkosten für die Kranken erspart werden können.

---

1) **Crowzat.** Geburtshilfliche Übungen und Operationen am Phantom. (Maneuvres et Opérations à l'amphithéatre.)

Paris, **A. Delahaye et E. Lecrosnier,** 1887.

Geburtshilfliche Übungs- und Operationskurse am Phantom sind in Paris erst seit dem Oktober 1878 unter Leitung der DDr. Bar und Farabeuf in Anschluss an die theoretischen Vorlesungen und klinischen Kurse eingerichtet und erst seit dem Jahre 1881 in den officiellen Unterrichtsplan eingereiht worden. Der Verf. sucht dem Mangel eines für diese Zwecke geeigneten übersichtlichen und den Stoff erschöpfenden Handbuches, das gleichzeitig sich einer seiner Bestimmung entsprechenden Knappheit und Kürze befasst, durch das vorliegende Werk abzuhelfen. Es ist unter der Ägide von Tarnier und Budin entstanden und behandelt die gesammte operative Geburtshilfe. Im ersten Theile werden die Elemente der Geburtshilfe, die Form des Beckens, des Fötus, die Lagen der Frucht, der Mechanismus der einzelnen Lagen eingehend geschildert, der zweite, größere Theil befasst sich mit den einzelnen geburtshilflichen Operationen und schildert Indikationen und Ausführung der Wendung, Extraktion, der Anlegung des Forceps bei den verschiedenen Schädellagen, so wie auch bei Steißlage, die Embryotomie, Kraniotomie, die Basiotripsie mit dem neuen Instrument von Tarnier und die Dekapitation.

Eine große Anzahl von Figuren erläutern die operativen Handgriffe. Der Text ist in anziehender flüssiger Sprache geschrieben.

Czempin (Berlin).

---

2) **F. La Torre.** Die Entwicklung des Fötus bei fehlerhaftem Becken. Klinische Untersuchungen mit besonderer Berücksichtigung der künstlichen Frühgeburt.

Paris, **O. Doin,** 1887.

Verf. hat 1325 Beobachtungen von fehlerhaften Becken mit zusammen 3462 Geburten aus den verschiedensten Hospitälern von Paris zusammengestellt, um an der Hand dieses Materials zwei wichtige Fragen entscheiden zu können:

1) die Entwicklung des reifen Fötus,
2) den Verlauf der Schwangerschaft,

und berücksichtigt weiterhin Indikationen und Resultate der künstlichen Frühgeburt. Verf. wendet sich besonders gegen die Ansichten des Prof. Chiara in Florenz über die oben aufgestellten Fragen. Nach Letzterem ist bei fehlerhaftem Becken der Abort die Regel, sehr häufig tritt auch Frühgeburt ein. Die Entwicklung der Frucht

geht seiner Ansicht nach Hand in Hand mit der Ausbildung der Genitalorgane der Mutter und dem Becken, bleibt also bei fehlerhaftem Becken unter der Norm zurück. Demgemäß weist Chiara die künstliche Frühgeburt bei Becken mit 8—$8^1/_2$ cm Conjugata zurück. Nach des Verf.s Untersuchungen und Beobachtungen über Verlauf der Schwangerschaft und über Geburten bei verengten Becken ist indessen der Abort resp. die spontane Frühgeburt im Allgemeinen bei normalem Becken häufiger als bei fehlerhaften Becken. Der Fötus erreicht fernerhin nach den Beobachtungen des Verf.s dasselbe Gewicht und Volumen beim verengten Becken, wie beim normalen Becken. Die Resultate, welche der Verf. durch die künstliche Frühgeburt mit Hilfe der besonderen Pflegevorrichtungen der Neugeborenen (Wärmwanne etc.) erreicht hat, sind derartig gute, dass er die Sectio caesarea resp. die Sänger'sche Modifikation derselben vor der Hand zurückweist.

Dem Werke ist in 7 großen Tafeln eine überaus eingehende Übersicht über die 1325 oben mitgetheilten Fälle von fehlerhaftem Becken aus dem Material der Prof. Pajot, Tarnier, Pinard, Budin und Porak und 419 Beobachtungen aus der Clinique d'accouchements hinzugefügt. **Czempin** (Berlin).

---

3) **Bardenheuer** (Köln). Über den extraperitonealen Explorativschnitt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1887. No. 13.)

Der extraperitoneale Probeschnitt hat neben dem Vorzuge der absoluten Gefahrlosigkeit, denjenigen der größeren Sicherheit der Diagnose, weil die meisten Tumoren etc. entweder extraperitoneal gelagert sind oder zum größeren Theil an der hinteren Peritonealwand durch Peritonealfaltenbänder fixirt sind. Ferner gestattet er, die Operation der Geschwulstentfernung vollkommen oder fast vollkommen extraperitoneal auszuführen. Der intraperitoneale Schnitt giebt oft erst am Schlusse der Operation Aufschluss über den Sitz und Charakter der Geschwulst, wo die Grenzen des Explorativschnittes weit überschritten sind; das fällt bei den extraperitonealen weg.

Die Wesenheit des Extraperitonealschnittes besteht darin, dass man sich die äußere Fläche des Peritoneums durch einen geräumigen Schnitt in großer Ausdehnung bloßlegt und entweder bei extraperitonealer Lage die Geschwulst direkt untersucht, punktirt, selbst incidirt etc., oder bei intraperitonealer Lagerung bimanuell von der Wundhöhle, oder von der Wundhöhle und der vorderen Abdominalfläche aus umfasst und palpirt. Das Peritoneum lässt sich ohne Gefahr in großer Ausdehnung ablösen.

Der Schnitt wird dort angelegt, wo die Geschwulst gelagert ist; man kommt gewöhnlich mit 3 Schnitten aus: dem Renal-, dem Symphysis- und Thorakalschnitt, resp. mit der Verbindung zweier

dieser Schnitte. Dieselben sind gefahrlos, geben einen fast meist sogar absolut sicheren diagnostischen Aufschluss und haben nicht die Entstehung einer Hernie zur Folge.

Der Renalschnitt besteht aus dem Lumbalschnitt, welcher einerseits von dem vorderen Ende der 11. Rippe nach unten zur Mitte der Crista ilei geht und andererseits aus einem nach hinten zur Wirbelsäule verlaufenden hinteren Costal- und einem entlang der Crista ilei nach hinten gehenden hinteren Iliacalschnitt. Die beiden letzteren Schnitte werden auch zuweilen bei sehr großen Tumoren nach vorn verlängert.

Der Symphysisschnitt verläuft quer und direkt oberhalb der Symphysis und wird oft nach Bedürfnis entlang des Lig. Poup. verlängert.

Der Thorakalschnitt verläuft im Epigastrium entlang der Brustapertur und verfolgt genau die knöcherne Grenze derselben.

Von diesen Schnitten aus kann man die einzelnen Abschnitte des Abdomens genau abpalpiren.

Näheres in einer separat erscheinenden Monographie des Verf.

Schellenberg (Leipzig).

---

4) **Veit** (Berlin). Über kriminellen Abortus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1886. No. 51.)

In der sehr interessant geschriebenen Abhandlung schlägt Verf. aus Erwägungen, die er an der Hand praktischer Erfahrungen macht, eine Änderung der bestehenden Gesetzgebung dahin vor, dass beim kriminellen Abort die Schwangeren straffrei zu bleiben haben und den Ärzten eine Anzeigepflicht aufzuerlegen sei; nur so sei es möglich, diesem überaus verbreiteten Verbrechen zu steuern.

Schellenberg (Leipzig).

---

5) **Ahlfeld** (Marburg). Die Tamponade bei Placenta praevia.

(Deutsche med. Wochenschrift 1887. No. 33.)

In vielen Fällen von Placenta praevia wird sowohl von Seiten des Arztes, als auch von Seiten der Hebamme, die Tamponade, obgleich sie ein zweischneidiges Mittel ist, nicht entbehrt werden können. Zwei Hauptfehler sind es, die dabei vielfach ungünstigen Erfolg mit sich bringen. 1) Man stopft die Scheide nicht hinreichend aus und 2) sorgt nicht für genügende Desinfektion der Vagina und des zur Tamponade benutzten Materials. Die Wattetampons, welche die Hebammen nach dem preußischen Lehrbuch mit sich führen sollen und gewiss oft jahrelang nicht gebraucht werden, verdienen nicht als ein geeignetes antiseptisches Material angesehen zu werden. Verf. will der Hebamme 3 Tampons von Jodoformgaze, einzeln in Pergamentpapier eingewickelt, und ein Packet Karbolwatte verschreiben, und soll dies erst beim Gebrauch geöffnet werden.

Dass zu wenig Material zur Tamponade verwandt wird, ist zum Theil Schuld der Lehrbücher, die gewöhnlich nur von einer Tam-

ponade durch das Speculum reden, was doch sicher den Hebammen nicht zu überlassen ist.

Verf. schlägt folgendes Verfahren vor: Der Tamponade hat eine Reinigung der äußeren Genitalien, eine Dusche (3%ige Karbolsäure) und die Entleerung der Harnblase vorauszugehen. Dann wird ein Jodoformgazetampon so hoch wie möglich eingeführt und die Scheide dann mit kleinen Karbolwattestückchen ausgestopft. Die Entfernung (nach 6—8 Stunden) geschieht leicht, indem man die sichtbaren Wattetheile mit den Fingern wegnimmt und an dem Faden den Tampon mit der tiefer liegenden Watte immer weiter hervorzieht; eine Scheidenausspülung entfernt auch die letzten Wattereste.

Schellenberg (Leipzig).

6) **Fürst** (Leipzig). Über Wärmevorrichtungen für zu früh geborene oder lebensschwache Kinder.

(Deutsche med. Wochenschrift 1887. No. 34 u. 35.)

Verf. giebt zunächst eine interessante Übersicht über die bis jetzt konstruirten Apparate von Winckel, Tarnier-Martin, Hearson-Eustache, Moskauer Findelhaus, Credé, Auvard mit Abbildungen und beschreibt dann einen von ihm mit Erfolg benutzten Apparat, »Ziegelwärmkiste« genannt, die sehr einfach herzustellen, leicht zu improvisiren ist; das benutzte Material, Dachziegel, ist eine sehr nachhaltige Wärmequelle; sie lassen sich leicht am Boden und den 4 Wänden einer einfachen Holzkiste befestigen, in der dann das Kind in einer Hängematte aufgehängt wird.

Schellenberg (Leipzig).

Kasuistik.

7) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 28. November 1887.

Vorsitzender: Herr Olshausen, Schriftführer: A. Martin.

Die Herren DDr. Thorn, Rumpf, Dührssen, Vohwinkel, Schulze, Brosin, Glöckner, Daniel und Pyrkosch werden in die Gesellschaft aufgenommen.

I. Demonstration von Präparaten:

a) Herr Winter demonstrirt einen Gefrierschnitt durch eine IIpara im Beginn der Eröffnungsperiode. Dieselbe war, nachdem ca. 24 Stunden lang von Zeit zu Zeit schwache Wehen beobachtet waren, an Eklampsie zu Grunde gegangen. Nachdem die Leiche 4 Tage lang in einer Kältemischung gelegen hatte, wurde der Medianschnitt mit der Säge ausgeführt.

Derselbe zeigt, dass das Kind in 2. Schädellage liegt, mit dem Kopf im kleinen Becken; dasselbe ist außerordentlich stark über den Bauch zusammengekrümmt und zeigt sonst eine normale Haltung. Das untere Uterinsegment ist verdünnt, doch ist ein deutlicher Kontraktionsring nicht wahrnehmbar. Die Placenta sitzt im unteren Uterinsegment und ihr unterer Rand ist nur 2 cm vom Os internum entfernt; das untere Drittel der Placenta ist zwischen Kopf und Symphyse zu einem ca. 1 cm breiten Streifen komprimirt worden. Der Cervix steht in toto sehr tief, fast im Beckenausgang, ist etwas verkürzt und in seinem oberen Theile etwas entfaltet. Die Eihäute sind im Umkreis von 1—2 cm um den inneren Muttermund abgelöst.

(Eine genaue Beschreibung des Schnittes wird an anderer Stelle veröffentlicht werden.)

b) Herr Düvelius demonstrirt einen vor 2 Tagen von ihm entfernten Ovarialtumor. Die einkammerige Cyste enthielt nach ungefährer Schätzung 12—15 Liter Flüssigkeit. Die Entfernung bot keine Schwierigkeiten, da Verwachsungen nicht bestanden, ausgenommen eine kleine zwischen vorderer Cystenwand und Bauchdecke. Interessant ist die Krankengeschichte. Im Laufe des Jahres 1886 bemerkte die 35jährige Kranke, die 5mal geboren hat, ein allmähliches Zunehmen des Leibesumfanges. Im August war das Abdomen ad maximum ausgedehnt. Da bemerkte die Kranke in einer Nacht, dass der Umfang des Leibes abnahm. Zwei bis drei Tage später war der Leib abgeschwollen zum Umfange, wie in gesunden Tagen. Es folgten nun einige Wochen des besten Wohlbefindens, dann nahm der Leibesumfang allmählich wieder zu, erreichte gegen Ende November den Höhepunkt, um dann nach zwei bis drei Tagen wieder zum normalen Umfange abzufallen. Ein solches Anschwellen des Leibes und Abnahme des Umfanges im Laufe von 2—3 Tagen wiederholte sich im Ganzen außer den beiden obigen Malen noch dreimal. In den Tagen der Abschwellung hatte die Kranke keinerlei besondere Zufälle; die Urin- und Schweißsekretion soll in der Zeit vermehrt gewesen sein.

Bei Betrachtung des Geschwulstsackes zeigt sich an einer Stelle eine ganz erhebliche Verdünnung. Die Gewebszüge sind stark aus einander getrennt und es erscheint wahrscheinlich, dass in allernächster Zeit an dieser Stelle ein abermaliges Austreten der Cystenflüssigkeit aus der sehr stark ausgedehnten Geschwulst erfolgt sein würde. Vortr. glaubt in der Deutung des Falles nicht zu irren, wenn er annimmt, dass jedes Mal, nachdem die Cyste ad maximum gefüllt war, die Gewebszüge aus einander wichen und ein langsames Aussickern des Inhaltes aus dem Sack in die freie Bauchhöhle erfolgte, und dass so Collapserscheinungen nicht auftraten. Allmählich schloss sich dann die Austrittsöffnung wieder, und die Geschwulst füllte sich wieder im Laufe einiger Wochen.

c) A. Martin legt ein teleangiectatisches Myom vor, welches er Tags zuvor durch Amputatio uteri supravaginalis entfernt hat. Die vordem angeblich ganz gesunde Pat. hatte zwar seit 17 Jahren ein Stärkerwerden des Leibes bemerkt, auch an profusen Menorrhagien gelitten, aber da sie schmerzfrei war, ärztliche Hilfe nicht in Anspruch genommen, bis sie in den letzten 2 Wochen auffallend hinfällig wurde und abmagerte. A. Martin fand die rüstige Frau fiebernd. Da sich eine Ursache des Fiebers nicht nachweisen ließ, auch die alsbald eingeleitete entsprechende Behandlung ganz erfolglos blieb, wurde zur Entfernung der großen Geschwulst geschritten. Pat. kam mit 39,3 Temperatur zur Operation. Die Absetzung des Uteruskörpers erfolgte in typischer Weise, eine übrigens geplatzte, ziemlich große Cyste des rechten Ovariums wurde gleichzeitig entfernt, eben so die reichliche Masse blutiger Flüssigkeit, welche frei in der Bauchhöhle lag.

(Die Temperatur der Pat. fiel zunächst nicht zur Norm ab; erst am 3. Tage trat andauernde Remission ein, so dass Pat. jetzt 15 Tage nach der Operation als genesen das Bett verlassen konnte. Sie ist am 21. Tage, im Begriff nach Hause zurückzukehren, plötzlich embolisch gestorben.)

Die Geschwulst gehört der hinteren Wand des Corpus uteri an. Sie zeigt auf dem Durchschnitte eine schwammartige Beschaffenheit. Die großen klaffenden Bluträume sind mit Thromben gefüllt; von diesem sind eine Menge in einem körnigen Zerfall begriffen.

Die weitere Untersuchung ergiebt, dass die von haselnuss- bis hirsekorngroßen Bluträume fast koncentrisch um einen fast walnussgroßen Raum angeordnet sind. Das Zwischengewebe besteht vorwiegend aus glatten Muskelfasern, zwischen denen massenhafte kapillare Gefäße liegen. Die mit Blut strotzend gefüllten Räume sind mit einem niedrigen Endothel ausgekleidet.

II. Diskussion über den Vortrag des Herrn Cohn: Über das Absterben des Fötus bei Nephritis.

Herr Löhlein: L.'s Beobachtungen bestätigen das Meiste von dem, was der Herr Vortr. gesagt hat, so z. B. bezüglich der Placenten, bezüglich der allgemeinen

Prognose u. A. m. Was die Unterscheidung zwischen wahrer Nephritis in graviditate und Schwangerschaftsniere betrifft, die Herr Cohn mit Recht überall hervorgehoben hat, so ist dieselbe nach Löhlein, so weit dies klinisch möglich ist, auch bezüglich der Prognose für die Kinder durchzuführen. Für die Indikation zur künstlichen Frühgeburt und besonders zum künstlichen Abort ist dies wichtig.

Für die Schwangerschaftsniere gestalten sich in der privaten ärztlichen Thätigkeit die Verhältnisse für die Kinder weit günstiger, als die klinischen Zahlen Herrn Cohn's, die beiden Zuständen zusammen entnommen sind, erwarten lassen. Wo der Zustand zeitig erkannt wird, bevor allarmirende Symptome eintreten, lässt sich durch geeignete Anordnungen (Seitenbauchlage, Milchdiät, Aperientien) in der That Viel thun. Aus der allerletzten Zeit erwähnt L. 2 Beobachtungen, wo am regelmäßigen Ende kräftige Knaben geboren wurden, während man allerdings die Unterbrechung der Schwangerschaft vorübergehend hatte in Erwägung ziehen müssen, zumal bei der Einen (IIgravida) in der ersten Entbindung Eklampsie ausgebrochen war. Beide Male verminderte sich der Eiweißgehalt und die Ödeme unter der Behandlung. In einem 3. Fall, wo seit dem 5. Monat Schwangerschaftsniere bestand, traten die Indikationen zur Unterbrechung (unruhiger Schlaf, Kopfschmerz, 3 pro Mille Albumengehalt) erst kurz vor dem normalen Ende der Schwangerschaft ein; durch Einlegen von Bougies wurde die Geburt eines lebenden Kindes von 7 Pfund angeregt.

Bei wahrer chronischer Nephritis, die in die Schwangerschaft mit hinübergenommen wurde, ist die Prognose für die Früchte weit schlechter. Hier wird man auf die Frucht viel weniger Rücksicht nehmen, wenn es sich um Einleitung der Frühgeburt oder des Abortes handelt. Man hat hier nur den Nutzen zu erwägen, den man der Schwangeren schafft. Doch sei man mit der Prognose hier sehr vorsichtig; öfters ist die Entleerung des Fruchthalters auf den weiteren Verlauf der Nephritis ohne jeden Einfluss.

Außerordentlich interessant ist Cohn's Fall, in welchem Schwangerschaftsniere in mehreren Schwangerschaften derselben Frau, und zwar 1mal bereits im 1. Monat auftrat. Hier kann man an die mechanischen Momente, die gewöhnlich zur Erklärung herangezogen werden, nicht denken, sondern wird auf Innervationsstörungen, die mit dem Status gravidus sich einstellen, angewiesen sein. L. hat bis jetzt nur da, wo bereits chronische Nephritis bestand, in so früher Zeit Alterationen (u. A. einen eklamptischen Anfall im Anfang des 3. Monats) beobachtet, Ödeme und Albuminurie in Folge von Schwangerschaftsniere bisher immer erst nach dem 4. Monat.

Den Nachweis, dass die Schwangerschaftsniere in chronische Nephritis übergehen kann, hält L. für noch nicht unanfechtbar erbracht.

Herr E. Cohn giebt Herrn Löhlein zu, dass bei gewöhnlicher Schwangerschaftsnephritis nicht ohne Weiteres die Gravidität zu unterbrechen sei, namentlich nicht, wenn — wie gewöhnlich — die Symptome sich erst spät entwickeln. Nur in Fällen, wo die Erkrankung sich in früher Zeit, bis zum 5. Monat, zeigt und die gewöhnliche Therapie nicht bald erfolgreich ist, ist die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung auch bei einfacher Schwangerschaftsniere ernstlich zu erwägen, schon weil die Diagnose nicht ohne Weiteres zu sichern ist.

III. Herr Olshausen hält den angekündigten Vortrag: Über eine besondere Todesursache nach Laparotomie.

O. machte Mittheilung über eine bisher unbekannte Todesart nach Laparotomien, vorzugsweise nach solchen, bei denen die Eventration der Darmschlingen vorgenommen war. Die Kranken kollabiren meist einige Tage nach der Operation und bekommen ileusartige Symptome. Der Tod erfolgt meist 5—10 Tage nach der Operation. O. erklärt den Tod durch Darmlähmung und davon abhängiger Resorption toxischer Stoffe aus dem Darmkanal. Die Darmlähmung ist die Folge der Cirkulationsstörung in den Darmwandungen, welche nach längerer Eventration eintritt und sich durch venöse Hyperämie und Extravasation in den Darmwandungen anatomisch charakterisirt.

Die Diskussion muss wegen vorgerückter Zeit vertagt werden.

---

8) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

129. Sitzung am 6. Oktober 1887.

Vorsitzender: Herr J. Schramm, Schriftführer: Herr Korn.

I. Herr Klotz bespricht seine neue, in 17 Fällen mit Erfolg angewendete Operationsmethode bei Retroflexio uteri fixati. Dieselbe besteht darin, dass nach vollkommener, sorgfältigster Lösung aller Adhäsionen des Uterus, der Ovarien und der Tuben eine Tube oder ein Ovarialstiel in die Bauchwunde eingenäht wird, der Uterus noch weiter durch einen $1^1/_2$ cm dicken Glasdrain, der bis auf den Boden des Douglas hinabreicht, 3—4 Wochen lang fixirt wird. Dieser Drain verhindert

1) eine Ansammlung von Blut im Peritonealraum, dasselbe fließt leicht ab und wird außerdem täglich einmal mittels einer Spritze ausgesogen;

2) giebt der Drain eine direkte Stütze für den Uterus ab, der Stiel wird während seiner Fixirung nicht gedehnt und gelockert;

3) bildet sich um den Drain herum eine Coagulationsschicht, später bindegewebiger Strang, der die hintere Wand des Uterus verdickt und außerdem einen zweiten Fixationspunkt für die Bauchdecken abgiebt. Der Drain ruft nicht die geringste Reaktion hervor, wird vom 4. Tage an täglich einmal um seine Längsachse gedreht, damit er nicht mit seinen Seitenöffnungen festwächst und wird schließlich mit kürzeren und dünneren Drains vertauscht, was wegen der Dicke der Drains gar keine Schwierigkeiten macht. Sepsis ist trotz der täglichen offenen Wundbehandlung in keinem Falle eingetreten.

Während dieser Zeit hat sich die Wundfläche der Kreuzbeinaushöhlung abgeschlossen und an Stelle der früheren Adhäsionen sind zwei Narben geschaffen, die nun nicht mehr mit einander verwachsen können. Tritt trotzdem noch eine Narbenretraktion ein, so wird der Uterus sofort mit Stift und Pessarien und zwar mit Erfolg korrigirt; diese Nachhilfe war in 17 Fällen nur 3mal nothwendig. Das Resultat ist ein glänzendes, der Uterus ist antevertirt, ohne Schmerzen frei beweglich, die Funktionen der Blase ganz normal, eine Bauchhernie ist nicht eingetreten. Auf Letzteres legt er ganz besonderes Gewicht, weil er bei dem direkten Annähen des Uterus an die Bauchdecken Bauchhernien hervorgerufen hatte.

Herr Korn ist der Ansicht, dass man in der von Olshausen angegebenen Weise der Fixation des Uterus letzteren recht gut in anteflektirter Lage erhalten könne, und führt zum Beweise hierfür 3 Fälle an, die er seit 1 resp. $1^1/_4$ Jahren beobachtet. Bei den betreffenden Pat. liegt der Uterus nach wie vor dicht an der vorderen Bauchwand an und hat sich noch nicht gelockert. Mithin brauche man auch zur Stütze des Uterus kein Drainrohr. Eine durch mehrere Wochen hindurch fortgesetzte Drainage der Bauchhöhle sei überdies nicht ungefährlich, zumal wenn die Drainröhren häufiger gewechselt werden sollten. Auch zweifele er sehr, ob die frisch eingeführten Drains jedes Mal die gewünschte Lage hinter dem Uterus einnähmen, resp. behielten.

Herr Klotz weist diese Bedenken zurück, eben so Herr Hesse.

II. Herr Korn giebt einen Bericht über die Thätigkeit der gynäkologischen Sektion der diesjährigen Naturforscher-Versammlung zu Wiesbaden.

III. Herr Korn berichtet über eine von ihm ausgeführte Sectio caesarea bei einer Frau, bei welcher vor $1^1/_2$ Jahren bereits einmal der Kaiserschnitt gemacht worden war.

Frau Schwager, 31jährig, V. p. (I. und II. Perfor., III. Sectio caesarea am 3. März 1886, IV. Abort im 3. Monat), ist am Ende der Schwangerschaft. Durch die Bauchdecken hindurch sind deutlich die 8 Silberdrähte zu fühlen, mit welchen bei dem Kaiserschnitt die Uteruswände vernäht. Das ziemlich große Kind befindet sich in 1. Schieflage, am 8. September Nachmittag 6 Uhr Wehenbeginn. Am 9. September Nachmittag ist der Muttermund ca. 5 cm weit, die Blase steht noch, kein Theil vorliegend. Während der sehr heftigen Wehen erscheinen die Zwischenräume zwischen den Silbernähten auffallend dünn, so dass man die Kindestheile direkt unter den Bauchdecken zu fühlen glaubt.

Mit Zustimmung der Kranken wird 5 Uhr 22 Min. Nachmittags zur Sectio caesarea geschritten. Das Netz ist in weiter Ausdehnung mit der vorderen Uteruswand verwachsen, so dass nun die unteren 4 Silberdrahtnähte, vom glatten Peritoneum bedeckt, sichtbar sind. Loslösung des Netzes. Die Nahtenden der oberen 4 Nähte ragen so weit hervor, dass man sich leicht verletzt. An der 3. Nahtstelle Peritoneum ödematös abgehoben, in der Ausdehnung eines 50 Pfennigstücks bleibt dasselbe an dem abgelösten Netz haften. Abbindung zweier Pseudomembranen, die den Uterus in der Höhe des Kontraktionsringes mit der vorderen Bauchwand verbinden. Die ganze Narbe erscheint nunmehr um ca. 2 mm unter dem Niveau der übrigen Uterusoberfläche vertieft, etwa 1 cm breit. Incision rechts parallel der Narbe. Placenta an der vorderen Wand. Nach Geburt des Kindes und der Placenta werden die 4 oberen nicht mit Peritoneum überkleideten Silbernähte entfernt. Bei der Toilette des Uterus zeigt sich, dass die Silbernähte an einzelnen Stellen frei in die Gebärmutterhöhle hineinragen. Die Innenfläche der Narbe ist weißlich gefärbt und hebt sich deutlich von der übrigen Uterusschleimhaut ab. Die Uteruswand ist an der Stelle der Narbe fast um die Hälfte verdünnt. Naht der frischen Wunde mit 7 tiefen Chromsäurekatgutnähten. Oberflächlich wird die Serosa durch fortlaufende Katgutnaht vereinigt.

Glatter Wochenbettsverlauf. Kind, ein lebendes Mädchen, wog 3040 g und war $47^1/_2$ cm lang.

IV. Herr Korn: Über einen Fall von Masernexanthem bei einer Kreißenden, deren Kind ebenfalls mit einem deutlichen Masernexanthem geboren wurde.

Der Fall wird in extenso veröffentlicht werden.

Herr Grenser hat vor ungefähr 10 Jahren bei einer Schwangeren Masern beobachtet, ohne dass jedoch die Geburt eingetreten wäre.

Herr Schütz hat während der Pockenepidemie 1870—1871 keinen Fall beobachtet, in welchem ein Kind während der Geburt ein Pockenexanthem gezeigt habe; dagegen erinnert er sich zweier Fälle, wo die Erkrankung am 9. Tage ausbrach.

Herr Leopold erinnert daran, dass eine ganze Reihe Fälle bekannt seien, in welchem Neugeborene mit Pockenexanthem zur Welt kamen, eben so sind Erysipele intra-uterin übertragen worden.

Herr Osterloh fragt, ob das Neugeborene mit Masernexanthem auch katarrhalische Symptome dargeboten habe.

Herr Korn bejaht diese Frage: das Kind habe eine deutliche Conjunctivitis gezeigt, vielleicht auch einen leichten Schnupfen.

---

9) **Skutsch** (Jena). Bericht über die gynäkologische Klinik zu Jena im Jahre 1886.

(Korrespondenzblatt des allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen 1887. No. 9.)

Aus dem Bericht über die Thätigkeit im Jahre 1886 wollen wir bloß das Interessanteste erwähnen. Entbunden wurden 124 Mütter von 128 Kindern (4mal Zwillinge). Dammrisse erfolgten 29 und zwar 21 bei Iparis, zur Naht wurde meistentheils die fortlaufende Katgutnaht verwendet. Sämmtliche Entbundenen wurden gesund entlassen, schwere Puerperalerkrankungen kamen nicht vor.

Von Interesse ist ein Fall von Sectio caesarea bei relativer Indikation. 32jährige Ipara mit platt-rhachitischem Becken (Conj. vera 6,2 cm, Querdurchmesser des Beckeneingangs 10,5 cm). Weil die Geburt eines lebenden Kindes ohne Aussicht war, wurde die konservirende Methode des Kaiserschnittes ausgeführt. Verlauf vollkommen fieberfrei. Ein Meteorismus wurde durch Darmpunktion mittels des Schultze'schen Trokar-Schneppers beseitigt.

26jährige Ipara bot das Bild einer Elephantiasis labiorum minorum dar, indem diese einen faustgroßen Tumor bildeten. Plattes Becken (Conj. vera 7,1 cm). Da ein Zangenversuch am hochstehenden Kopf misslang, Perforation und Kranioklasie. Normales Wochenbett, die Elephantiasis bildete sich bedeutend zurück.

Bei einer 21jährigen Gebärenden konnte die Placenta trotz aller Versuche, trotz Narkose nicht entfernt werden. Dieselbe saß in dem rechten Horn des Uterus

duplex. Als septische Infektion eingetreten war, wurde per laparotomiam der ganze weiche und morsche Uterus (mit Ovarien) entfernt. Extraperitoneale Stielbehandlung. Vollständig glatte Heilung.

Auf der gynäkologischen Abtheilung wurden 250 Kranke behandelt.

Bei der Retroflexio uteri wurde meistentheils das 8-förmige Schultze'sche Pessar benutzt. Dasselbe wurde aus Celluloid hergestellt, welches monatelang liegen bleiben kann, ohne Zersetzungen hervorzurufen.

Die Endometritis (59 Fälle) wurde, nach vorausgegangener Dilatation, mit antiseptischen Ausspülungen behandelt.

Myome des Corpus uteri kamen 8, Myome des Cervix (gestielt) 6 zur Behandlung. Sämmtliche wurden operativ entfernt. Carcinoma corporis uteri 1 Fall, Carcinoma cervicis 24. 17 waren inoperabel, 6mal wurde die vaginale Exstirpation, 1mal die hohe Cervixamputation ausgeführt.

Ovarialkystome 11 Fälle, alle mittels Laparotomie entfernt. In einem Falle wurde ein bestehender Prolaps durch Einnähen des Stieles in die Bauchwunde geheilt. Sarkom 2, Carcinom 1, ebenfalls operirt.

Bei chronischen Entzündungen der Beckenorgane wurde die von Thure Brandt empfohlene Massage mit gutem Erfolg in Anwendung gezogen.

Den Schluss der Arbeit bildet eine Übersicht aller im Jahre 1886 ausgeführten Peritonealoperationen, 27 Fälle, von denen einer letal endigte.

Hellbrun (Kassel).

10) **C. Meyer** (Zürich). **Ein Fall von Extra-uterin-Gravidität. Beobachtung aus der Züricher geburtshilflichen Klinik.**

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1887. No. 8.)

Frau H., 40 Jahre alt, machte bei ihrer dritten und letzten Geburt eine mehrwöchentliche Unterleibsentzündung durch. Ca. 3 Monate vor dem Spitaleintritt blieben die Menses aus. Von da ab entwickelte sich in der rechten Unterleibsgegend ein Tumor. In der Anstalt wurde die Diagnose »extra-uterine Gravidität« gestellt und der Fruchtsack punktirt. Daran schloss sich eine Verjauchung des Fruchtsackinhaltes. Durchbruch der Jauche ins Rectum und Extraktion einer macerirten 25 cm langen Frucht per anum. Der Sack schrumpfte nach und nach zusammen; trotzdem war anhaltendes Fieber vorhanden und 3 Monate nach der Extraktion starb die Kranke.

Die Sektion ergab: Geheilte Bauchschwangerschaft. Der geschrumpfte Sack ist rechts vom Rectum befindlich, bedeckt vom rechten Ovarium und Tube, die an der Hinterfläche der Gebärmutter adhärent ist. Eierstock und Eileiter rechterseits sind mit einem verkästen Drüsenpacket fest verwachsen. Miliare Tuberkulose der Lungen, Pleura, Endocard, Peritoneum, der Milz und beider Nieren.

Debrunner (Frauenfeld, Schweiz).

11) **Kuhn** (St. Gallen). **Die elastische Ligatur bei der Myotomie und Amputatio uteri supravaginalis.**

(Vortrag im ärztlichen Centralverein in Olten, Herbst 1886.)

Die Frage der Stielversorgung ist bei der Ovariotomie und den einfachen Myotomien langgestielter Tumoren ohne Eröffnung des Uterus eine abgeschlossene. Dagegen stellen sich die Ansichten über Stielversorgung oder extraperitoneale Behandlung bei der Myotomie breitbasiger Tumoren und der Amputatio uteri supravaginalis noch schroff gegenüber. So viel aus der Litteratur ersichtlich liefern bis 1886 die Methoden der extraperitonealen Behandlung die besseren Resultate. Doch ist es ein charakteristisches Zeichen, dass Autoren, welche mit der extraperitonealen Behandlung bessere Resultate erzielt haben (Keith, Kaltenbach), dennoch die intraperitoneale Stielbehandlung als die ideal zu erstrebende Methode anerkennen. Verf. demonstrirt ein Präparat, das von einer am 9. Tage wegen Fibrosarkom des Uterus laparotomirten Verstorbenen stammt, woran die folgenden Thatsachen konstatirt werden können:

1) Ist die versenkte elastische Ligatur durch eine feine Schicht plastischen Exsudats vollkommen gegen die Bauchhöhle abgeschlossen.

2) Sieht der Stumpf frisch aus, wie bei der Operation.

Es folgen 6 Krankengeschichten Laparotomirter, wobei 6mal hinter einander die elastische Ligatur versenkt wurde. Zweimal die Myotomie ohne Eröffnung der Uterushöhle, 4mal bei Amputatio uteri supravaginalis, wovon 3mal wegen Myomen und 1mal wegen maligner Umwandlung eines Adenoms der Körperschleimhaut. 5 Fälle verliefen gut. 1 Fall endete letal am 9. Tage post operationem an Darmocclusion in Folge Verlöthung des Darmes mit der Stumpffläche. Verf. schreibt seine günstigen Erfolge dem Gelingen des Aseptischhaltens des versenkten Stumpfes sammt Ligatur zu. Das Operationsverfahren war folgendes:

Sublimatantisepsis; vor und während der Operation Karbolspray. Zur elastischen Ligatur werden zwei Kautschukschläuche von $3^1/_2$ und 6 mm Dicke in einander gefügt, zwei Tage vor der Operation gut desinficirt, bis zu derselben in 5%ige Karbolsäure gelegt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle und Hebung des Tumors resp. des Uterus wird der Doppelschlauch als Massenligatur um den Stiel resp. Cervix doppelt geschnürt und durch 2 Knoten befestigt. Der Stumpf wird mit Katgutsuturen übernäht. Ist die Uterushöhle eröffnet, so wird die Cervicalschleimhaut trichterförmig ausgeschnitten, so dass die Schleimhaut unter den Querschnitt der Massenligatur kommt. Der Stiel wird wiederholt mit 1‰igem Sublimat desinficirt und sammt der Massenligatur versenkt. Alles Übrige wie bei der Ovariotomie.

Verf. räth bei kurz- und breitbasigen Myomen und der Amputatio uteri supravaginalis die Versenkung des Stumpfes sammt der elastischen Massenligatur, nachdem der Stumpf mit Katgut übernäht worden. (Doppelte Stielversorgung nach Fritsch.)

Debrunner (Frauenfeld, Schweiz).

12) F. Marchand. Über einen merkwürdigen Fall von Milzbrand bei einer Schwangeren mit tödlicher Infektion des Kindes.

(Virchow's Archiv Bd. CIX. p. 20.)

Der in mehrfacher Beziehung interessante Fall betrifft eine 32jährige IIpara, die, anscheinend gesund in die Marburger geburtshilfliche Klinik aufgenommen, sehr bald nach ca. 8 Tage darauf durchaus normal erfolgter Geburt mit einem anscheinend gesunden Kinde in einen kollapsartigen, an innere Blutung erinnernden Zustand verfallen und nach 7 Stunden verschieden war. Die Sektion ergab aber in ungeahnter Weise statt der vermutheten inneren Blutung als wesentlichsten anatomischen Befund eine »eigenthümliche, theils ödematöse, theils chylöse Infiltration des Mesenterium und des retroperitonealen Gewebes, abnorm blutig eitrigen Inhalt der größeren Lymphstämme des Mesenterium und des Ductus thoracicus, Schwellung der Milz, der Mesenterialdrüsen und einer Gruppe von hämorrhagisch infiltrirten Lymphdrüsen am Innenrande des Beckens, so wie chylösen Ascites«.

In dem röthlichen Inhalte der größeren Chylusgefäße an der Wurzel des Mesenterium und den Mesenterialdrüsen, nur sehr vereinzelt im Blut, fanden sich zahlreiche, mit Milzbrandbacillen morphologisch völlig übereinstimmende Bakterien und das Vorhandensein einer Milzbrandinfektion wurde durch erfolgreiche Impfung mehrerer Mäuse mit dem Chylusinhalte, deren Blutuntersuchung und Kultivirung zur vollen Gewissheit erhoben. Eine fernere Bestätigung erfuhr die Diagnose durch den 4 Tage p. p. erfolgten Tod des Kindes, in dessen Blut wie Organen sich massenhaft Milzbrandbacillen fanden, analog dem Impfmilzbrand bei Thieren bei direkter Einbringung in die Blutbahn. An eine ausführliche Darstellung des mikroskopischen Untersuchungsergebnisses der kindlichen und mütterlichen Organe und Widerlegung des etwaigen Einwandes, dass es sich vielleicht nicht um Milzbrand, sondern um eine Infektion durch die Bacillen des »malignen Ödems« gehandelt habe, knüpft M. eine eingehende Erörterung der sich zunächst aufdrängenden Frage, auf welche Weise und zu welcher Zeit die Infektion der Mutter zu Stande gekommen sei. Sicherlich konnte mit Rücksicht auf den fast ganz normalen Gesundheitszustand der Verstorbenen bei Eintritt in die Gebäranstalt und darauf, dass eine Infektion in dieser selbst ganz auszuschließen war, eine solche nur kurz vor Aufnahme in die Klinik, also ca. 8 Tage vor der Geburt stattgehabt haben,

und zwar, auf Grund eingezogener Erkundigungen, höchst wahrscheinlich auf irgend eine Weise durch Milzbrandsporen, die im Zusammenhang mit einer früheren, allerdings schon $3^1/_2$ Monat früher ausgeübten Beschäftigung in einer Haarfabrik am Körper oder den Kleidungsstücken der Verstorbenen haften geblieben sein mussten.

Als Vermittler der Infektion sieht M. in Anbetracht, dass die Milzbrandinvasion vorwiegend einen Theil der Mesenterialdrüsen, die größeren Lymphgefäßstämme des Mesenteriums und den Ductus thoracicus betraf, das Blut aber und die übrigen Organe auffallenderweise verschwindend wenig Bacillen zeigten, die Lymphgefäße, nicht die Blutbahn, an. Über den Eintrittsort selbst ist Mangels genauer anamnestischer Angaben und einer weder an der äußeren Bedeckung noch auf der Schleimhaut des Darmkanales, noch an den Genitalien oder den Respirationsorganen nachzuweisenden Primärläsion nichts Sicheres zu sagen. Doch bespricht M. in scharfsinniger Weise das Für und Wider der Infektionsmöglichkeiten von den genannten Eingangspforten aus und glaubt sich noch am ehesten trotz des von dem gewöhnlichen uns durch Buhl, Wagner, Huber u. A. dargestellten Darmmilzbrandbilde sehr abweichenden anatomischen Verhaltens auf Grund der vorwiegenden Füllung der Chylusgefäße mit Milzbrandbacillen zur Annahme eines intestinalen Milzbrandes berechtigt. Der Infektionsstoff ist, denkt sich M., analog der tuberkulösen Erkrankung der Bronchial- und Mesenterialdrüsen bei Kindern ohne jede primäre Erkrankung der Lungen und der Darmschleimhaut und Bezug nehmend auf die Wesener'schen Fütterungsversuche mit Tuberkulose, in Gestalt von Sporen in die dem Jejunum oder Duodenum, ohne bemerkenswerthe anatomische Veränderung derselben, nächstgelegenen Chylusgefäße und Drüsen eingedrungen. Es folgte eine Weiterentwicklung derselben und Weiterverbreitung der inzwischen massenhaft vermehrten Bacillen, eine richtige Lymphangitis bezw. Chylangitis anthracina mit blutig eitrigem Inhalt und selbst zur Extravasation führenden Lymph- und Chylusstauung. Die von M. für seinen Fall angenommene, dem Intestinalmilzbrand ungewöhnliche Latenz oder Prodromalzeit von mindestens 8 Tagen würde mit der Annahme einer zunächst auf einige Drüsen beschränkten Bacillenentwicklung im Einklang stehen. Den dann raschen, durch die eingetretene Geburt vielleicht beschleunigten Verlauf der Krankheit ist M. durch toxische Einwirkung eines vorläufig allerdings noch unbekannten Milzbrandgiftstoffes zu erklären geneigt.

Die zweite von M. erörterte Frage bezieht sich auf das quo modo und quando der Infektion des Kindes. Nach Ausschluss einer erst nach der Geburt zu Stande gekommenen Infektion bespricht M. zwei bei der placentaren Infektion zu berücksichtigende Möglichkeiten, nämlich eine Infektion vor dem Eintritt der Geburt und eine solche nach Beginn derselben, d. h. nach Beginn der Lösung der Placenta. Verf. kommt hierbei zu folgenden Schlüssen: 1) Das Kind ist schwerlich schon vor beginnender Geburt, jedenfalls nicht längere Zeit vor derselben inficirt gewesen, da bei direkter Einführung der Bacillen in die Blutbahn, die Krankheitserscheinungen bei dem Kinde in diesem Falle sicherlich nicht erst am 4. Lebenstage eingetreten wären. 2) Es ist anzunehmen, dass die Bacillen wahrscheinlich erst sehr kurze Zeit vor der Geburt, vielleicht sogar erst nach Beginn der Wehenthätigkeit in das Blut der Mutter gelangt sind, dass also auch aus diesem Grunde eine Infektion vor diesem Zeitpunkt nicht statthaben konnte. 3) Die Bacillen fanden sich allein im Blut der intervillösen Räume und zwar hier eben so spärlich, wie im Blut der übrigen Organe (mit Ausnahme der Nieren) der Mutter, während sie in dem kindlichen Blute der Placentarzotten nicht nachweisbar waren. Es kann daher, abgesehen von anderen Gründen, nicht bezweifelt werden, dass das Blut in den intervillösen Räumen in der That mütterliches Blut war, doch lässt sich natürlich nicht entscheiden, ob dieses Blut erst nach dem Beginn der Lösung der Placenta in jene Räume hineingelangt ist, oder bereits vorher. 4) Den Hergang der Infektion wird man sich daher am einfachsten so zu erklären haben, dass während der Lösung der Placenta durch Verletzung der Chorionzotten, bezw. kleiner venöser kindlicher Gefäße vereinzelte Bacillen aus dem intervillösen Blut in die kindliche Cirkulation gelangten. (Ref. hält es auch für das Wahrscheinlichste,

dass die Infektion des Kindes erst während der durch die Wehen bedingten Lösung der Placenta eintrat, könnte sich aber auch mit Rücksicht auf die von M. an der Oberfläche der Zotten beobachteten Milzbrandbacillen in Folge einer vielleicht dadurch gesetzten pathologischen Durchlässigkeit oder gar Berstung der Zottengefäße einen Übertritt von Bacillen kurz vor der Geburt erklären.)

Kroner (Breslau).

13) **Cushing.** Melancholie und Masturbation geheilt durch Ovariektomie.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. August 16. p. 441.)

Eine 33jährige Person hatte seit ihrem 15. Jahre an Dysmenorrhoe und Ovarialschmerz gelitten und war der Masturbation verfallen, schließlich melancholisch geworden. Durch die operative Entfernung beider Ovarien wurde sofort eine gänzliche Heilung der Kranken sowohl von ihrer Psychose als auch von jeder sexuellen Leidenschaft bewirkt, ob von Dauer, ist freilich vorerst noch nicht sicher.

Lühe (Demmin).

14) **Parkes.** Interstitielle Schwangerschaft mit Entfernung der Frucht per vias naturales.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. April 2. p. 381.)

Uterinblutungen und Tumor im Zusammenhang mit dem Uterus leiten zur Diagnose eines breit aufsitzenden Uterusfibroids und veranlassen die Darreichung von Secale. Nach einiger Zeit wird ein Knochenstück ausgestoßen und es tritt starke Eiterabsonderung ein. Nachdem durch Tupelostifte der Cervicalkanal für den Finger durchgängig gemacht ist, gelingt es, eine Höhle zu entdecken, in welcher sich noch fernere Knochen und Weichtheile abtasten lassen. Allmählich werden diese entfernt und stellen zusammen ein Lithopädion dar. P. glaubt, dass es sich um eine interstitielle Schwangerschaft gehandelt habe, wofür in der That die neben der Uterushöhle gelegene, besondere, die Frucht enthaltende Höhlung zu sprechen scheint. Auffallend bleibt immerhin dabei der lithopädionartige Zustand der Frucht. **Lühe** (Demmin).

15) **Barlett.** Nabelschnurumschlingung als Geburtshindernis.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. April 2. p. 382.)

B. beschreibt einen Geburtsfall, in welchem als einziges Hindernis für das Herabsteigen des Kindskopfes eine 4malige Umschlingung der Nabelschnur um den Hals der Frucht gefunden wurde. **Lühe** (Demmin).

16) **Mann** (Buffalo). Laparotomie wegen fester Geschwülste des Uterus und der Ovarien.

(Med. record 1887. April 9. p. 419.)

Wenn auch feste Geschwülste der Eierstöcke entgegen der Ansicht Lawson Tait's vorkommen, so sind sie doch immerhin selten. Ihre Entfernung durch Laparotomie ist nicht gefährlicher, als die der Kystome, dagegen besteht betreffs der festen Uterusgeschwülste Verschiedenheit der Ansichten. M. neigt dazu, auch für diese anzunehmen, dass ihre Entfernung geringere Gefahren biete, als ihr Fortbestehen, natürlich muss aber jede andere Behandlungsart vorher erschöpft sein. Zu Keith's Indikationen für die Operation will M. noch 2 andere hinzufügen: das Leben der Kranken zerrüttende Leiden und Zerfall intra-uteriner Fibroide. M. zieht extraperitoneale Stielversorgung bei Uterusgeschwülsten vor, wendet dagegen die Versenkung des Stiels bei Ovariengeschwülsten an. Tritt in solchem Falle eine Blutung durch Abgleiten des Unterbindungsfadens ein, so muss die Bauchwunde neuerdings geöffnet werden. Überall, wo Blutung zu erwarten ist, empfiehlt sich, zu drainiren. **Lühe** (Demmin).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 2. **Sonnabend, den 14. Januar.** 1888.

(Vortrag gehalten in der Aprilsitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.)

Über operative Behandlung der Retroversio-flexio uteri[1].

Von

Dr. M. Sänger.

Die Zahl der Fälle von Retrodeviationen des Uterus mit bedeutenden Abhilfe erheischenden Beschwerden, wobei die Behandlung mit Pessarien sich als unzulänglich erwies, so fern es nicht gelang, den Uterus in die Normallage zu bringen und in dieser zu erhalten, ist eine so große (ca. 20%), dass dadurch allein die weitere Ausbildung einer operativen Behandlung herausgefordert wird. An sich ist aber nicht einzusehen, wesshalb es nicht gelingen sollte, auch diejenigen Fälle, wobei der Uterus nur so lange in der Normallage verbleibt, als er durch ein Pessar in derselben erhalten wird, einer operativen, das Pessar entbehrlich machenden Behandlung zu unterziehen, gerade so wie dies für den Scheiden- und Uterusvorfall als nahezu erreicht angesehen werden kann. Es muss dies jedenfalls erstrebt werden, da wir eine weitere Verbesserung der Retentionsmittel, wodurch auch diese Fälle schließlich der absoluten Heilung

[1] Vgl. einen früheren Vortrag »Über Behandlung der Retroversio-flexio uteri«, Centralbl. f. Gynäkol. 1885. No. 42. p. 664.

zugeführt werden könnten, schwerlich zu erwarten haben. Die nothwendigen idealen Grundbedingungen, welche für die operative Behandlung der Retrodeviationen aufgestellt werden müssen: Ungefährlichkeit, Sicherheit und Herstellung eines dem physiologischen entsprechenden oder nahe kommenden Zustandes sind freilich schwer einzuhalten und noch nicht gelöst. Eine typische Operationsweise von anerkannter Leistungsfähigkeit giebt es noch nicht, wohl aber eine Reihe von Verfahren, mit welchen im Einzelfalle treffliche Erfolge erzielt wurden, so wie solche, welche durch Beseitigung der Komplikationen des Leidens Heilung erzielten.

Die Methoden der operativen Behandlung der Retrodeviationen des Uterus lassen sich daher folgendermaßen eintheilen:

I. Indirekte.

a) Beseitigung von Dammdefekten, Senkungen und Vorfällen der Scheide und des Uterus.

b) Naht von tieferen Cervixrissen;

c) Keilexcision, Amputation der Portio vaginalis;

d) Entfernung von den Uterus retroflektirenden Geschwülsten durch die Laparotomie.

Im Gefolge dieser Operationen kann der Uterus spontan oder durch eine früher erfolglose Pessarbehandlung in die Normallage übergehen, wie auch ich vielfach beobachtet habe. (Über Heilung nach Emmet'scher Operation s. meinen Vortrag, Schmidt's Jahrbücher CCXV. p. 206.)

e) Die Kastration.

Ich habe am 4. Februar 1885 einen Fall dieser Art operirt. Der Verlauf war sehr merkwürdig. Es handelte sich um eine 36jähr. Frau, die vor 5 Jahren zum letzten Male geboren hatte. Durch Menorrhagien und Fluor albus sehr herabgekommen, an allen möglichen hysterischen Neurosen leidend, war sie von verschiedener Seite jahrelang resultatlos mit Pessarien behandelt worden. Auch die Abrasio mucosae brachte keinen Nachlass der Blutungen. Der nicht enden wollenden, erfolglosen, palliativen Behandlung überdrüssig verlangte sie dringend einen radikalen Eingriff, welcher damals nur in einer bei dem schwer leidenden Zustand der Pat. wohl gerechtfertigten Kastration bestehen konnte.

Die Operation selbst bot nichts Besonderes dar. Die Ovarien waren normal, die mitentfernten Tuben zeigten aber katarrhalische Salpingitis. Pat. war in den ersten Tagen p. op. sehr ungeberdig, setzte sich im Bett auf, legte sich auf die Seite und in Folge dessen heilte die Bauchwunde größtentheils per secundam. Sonst war der Verlauf reaktionslos. Einige Monate später treten wieder unregelmäßige und recht starke Blutungen auf, gefolgt von Leukorrhoe; der Uterus hatte sich nicht verkleinert. Bei wiederholten Untersuchungen schien linkerseits eine Verdickung des Unterbindungsstumpfes, vielleicht eine kleine cystische Bildung da zu sein. Pat. drängte zu einem abermaligen Eingriff, nachdem ich einmal geäußert hatte, dass inzwischen eine Operation aufgekommen sei, wobei man den retroflektirten Uterus an die vordere Bauchwand annähe. Ich verstand mich zunächst nur zu einer wiederholten Abrasio mucosae corp. ut., die reichliche an Endometritis catarrhalis erkrankte Schleimhaut lieferte. Pat. erklärte sich damit nicht zufrieden und verlangte dringend jene Operation. So schritt ich denn auch dazu und machte am 18. April d. J. abermals die Laparotomie. Ich stieß zunächst auf ausgedehnte Verwachsungen des Netzes und der Dünndarmschlingen im Bereich der vorderen Bauchwand und des Blasengrundes. Nach deren langwieriger Lösung

zeigte sich der retroflektirte Uterus vollkommen frei von jeglicher Adhäsion. Von den Unterbindungsstümpfen, den Seidenligaturen war keine Spur mehr vorhanden. Ich hatte bei den vorausgegangenen Untersuchungen offenbar eine in der Nähe liegende Netzpartie getastet und für den linken Stumpf gehalten. Ich begnügte mich mit der Lösung der vorgefundenen Verwachsungen, ließ, während ich den Uterus antevertirt hielt, ein Hodgepessar in die Scheide einlegen und verzichtete auf die Anheftung an die vordere Bauchwand, da ich eine Verlöthung des Uterus mit Netz und Darm, da ich gerade daraus Nachtheile und Beschwerden für die Zukunft fürchtete. Der Uterus blieb zwar nur kurze Zeit antevertirt, verkleinerte sich aber jetzt sehr rasch, der Fluor, die Blutungen hörten auf und ist Pat. nun völlig zufriedengestellt.

Der Fall zeigt auch wieder, dass die Unterbindungsstümpfe mitsammt den Seidenfäden in verhältnismäßig kurzer Zeit gänzlich verschwinden können, ohne Verwachsungen nachzulassen, so (wie, dass die Ursache von fortdauernden Blutungen nach der Kastration ausschließlich im Uterus selbst (hier Retroflexio, Endometritis chron.) gelegen sein kann.

Zu den operativen Methoden, welche eine Erfolg versprechende Pessarbehandlung vorbereiten, muss auch die bimanuelle unblutige Trennung von Adhäsionen bei Retroflexio uteri fixati nach B. S. Schultze gerechnet werden.

II. Direkte.

a) Die Operationsmethode von Rabenau's (Resektion der vorderen Collumwand). In deren Verwerfung schließe ich mich vollständig der Kritik E. Fraenkel's (Deutsche med. Wochenschrift 1886 No. 45 u. 46) an, indem ich noch besonders hervorhebe, wie die hohe Excision der vorderen Collumwand einen so starken Narbenzug nach vorn zur Folge haben muss, dass gerade dadurch das Corpus uteri wieder nach hinten abweichen würde.

b) Die Alquié-Alexander'sche Operation. Die immer noch gegen dieselbe ablehnende Haltung der deutschen Gynäkologie (vgl. die Diskussion auf dem I. deutschen Gynäkologen-Kongress in München) ist, da die bisherigen Resultate der keineswegs ungefährlichen Operation sehr viel zu wünschen übrig lassen, nicht freundlicher geworden. Dies abfällige Urtheil wird übrigens auch von englischen Autoren (vgl. die Lehrbücher von Hart und Barbour, von Doran) entschieden getheilt. Eben so wenig als die Ausziehung der Lig. rotunda auf die Entstehung der Retrodeviationen irgend welchen Einfluss hat, sondern rein sekundär ist, eben so wenig kann man erwarten, dass die künstliche Verkürzung der runden Bänder allein genügend sein soll, den retroflektirt gewesenen Uterus in der Normallage zu erhalten. Die Fälle, wobei es doch gelang, würden vielleicht nach längerer Pessarbehandlung eben so weit gekommen sein. Um das Verfahren kennen zu lernen, habe ich vor ca. $^1/_2$ Jahr einen Fall operirt (Retroflexio uteri mobilis, Knickungswinkel ein rechter, mäßige chron. Metritis; jahrelange erfolglose Pessarbehandlung vorausgegangen). Links wurde das Ligament nicht aufgefunden; was als solches entfernt wurde, erwies sich als Musc. cremaster; rechts wurde das runde Band gut isolirt und um reichlich 8 cm verkürzt. So lange das überhaupt nicht entfernte Thomaspessar weiter

getragen wurde, blieb der Uterus in situ anteversionis, um sofort nach hinten umzukippen, so wie man es wegnahm (siehe das spätere Schicksal der Pat. weiter unten). Vielleicht erblüht der Operation noch eine bessere Zukunft in Kombination mit einer anderen, welche die antagonistischen Lig. uteri postica zur Verkürzung bringt.

c) Operative Beseitigung der Retroflexio uteri durch die Laparotomie und »ventrale Fixation« des Organs.

Die Geschichte dieser Operation geht bis in das Jahr 1877 zurück, wo Koeberlé bei einer Retroflexio uteri mit erheblichen Beschwerden die Kastration ausführte und den Uterus durch Einnähung der Ligaturstümpfe in die Bauchwunde nach vorn fixirte. Dann machte P. Müller (1878) den Vorschlag, bei hartnäckiger Retroflexio den Fundus uteri oder den Uterusstumpf an die vordere Bauchwand anzuheilen, nachdem er vorher in zwei Fällen von Fibroma uteri mit Prolaps den Stumpf extraperitoneal versorgt hatte, um damit auch zugleich den Vorfall zu heilen. Während B. S. Schultze, der klassische Autor über die mechanische Behandlung der Retrodeviationen des Uterus, es als einen »sicher beachtenswerthen Gedanken bezeichnet, wenn die Laparotomie anderweitig indicirt sei, die Gelegenheit zu benutzen, den Uterus durch Anheilen an die vordere Bauchwand definitiv vor Recidiven alter Flexionen zu sichern«, so ist er doch der Meinung, dass »der Gedanke, um der Retroflexion willen die Laparotomie zu machen, nur für jene Fälle fester Verlöthung des Uterus am Mastdarm oder an der hinteren Beckenwand in Betracht kommen, in welchen die Trennung der Adhäsion bei geschlossener Bauchwand in tiefer Narkose nicht gelinge. Für diese Fälle scheine ihm allerdings bis jetzt noch die Gefahr der Operation zu den in Aussicht stehenden Erfolgen nicht im Verhältnis zu stehen«. (Siehe Pathol. u. Ther. d. Lageveränderungen der Gebärmutter 1881. p. 76.)

Als Olshausen die Frage von der ventralen Fixation des retroflektirten Uterus durch die Laparotomie aufs Neue aufnahm (siehe Centralbl. f. Gynäkol. 1885 No. 43) betonte er wohl, dass er »der Operation keine größere Ausdehnung gegeben wissen wolle, sondern glaube, dass sie nur in vereinzelten und sonst trostlosen Krankheitsfällen von adhärenter Retroflexio oder Prolapsus am Platze sein könne« hob aber auch hervor, dass eine so einfache Laparotomie heut zu Tage »mit nahezu sicherem Ausschluss nachfolgender Sepsis gemacht werden könne«. Nach der technischen Seite bedeutet das Operationsverfahren von Olshausen einen wesentlichen Fortschritt: wurde die Kastration vorausgeschickt, so sollen die Ligaturstümpfe nicht in die Bauchwunde, sondern durch mehrere Nähte aus nicht resorbirbarem Material seitlich von der Wunde an die Bauchwand geheftet werden, nach innen von der Art. epigastrica inf., die zu vermeiden sei. So in Olshausen's erstem Fall. Wurden, wie in seinem zweiten Falle, wo er wegen Prolapsus operirte, die Adnexa erhalten, so sollten die Suturen nicht durch den Fundus uteri, sondern beiderseits durch die Enden der Cornua uteri resp. die Wurzeln der Lig. rotunda

durchgeführt werden. Auf möglichst tiefes Eindringen der Suturen in die Muskulatur der Bauchwand wird besonderer Werth gelegt. Diese »bilateral symmetrische« Methode leistet einerseits eine weit haltbarere Fixation des Uterus, lässt ihm aber andererseits doch mehr Freiheit, als wo der Fundus uteri selbst angenäht wurde.

Nach einer modificirten Koeberlé'schen Methode haben auch Fälle operirt und bekannt gegeben Lawson Tait (1880, 2 Fälle) und Hennig (1881, 1 Fall). In der Diskussion zu Olshausen's Vortrag in der gynäkologischen Sektion der Naturforscherversammlung zu Berlin wurden weitere Fälle bekannt gegeben von Bardenheuer (durch Frank) und Czerny. Ich selbst hatte bis dahin ebenfalls 2 Fälle operirt, die ich weiter unten schildern werde.

Weitere Veröffentlichungen über Operationen nach der Olshausen'schen Methode liegen von deutscher Seite bis jetzt noch nicht vor. Wohl aber berichtet Howard A. Kelly (Philadelphia) in einer Arbeit, die kurz nach dem Aufsatze Olshausen's erschien und diesen mit verwerthete (»Hysterorrhaphy«, Amer. journ. of obstetr. etc. Vol. XX, Jan. 1887), über einen vor dessen Kenntnisnahme in ähnlicher Weise mit günstigem Erfolge operirten Fall von Retroflexio uteri mit doppelseitiger Adnexerkrankung. Kelly exstirpirte zuerst die Appendices der rechten Seite von der Scheide aus (Frühjahr 1884), dann am 25. April 1885 durch Laparotomie die der anderen Seite: der Stumpf wurde doppelt ligirt und durch zwei Seidensuturen, die dazwischen durchgelegt wurden, an die Bauchwand geheftet, also nur auf einer Seite. Kelly verbreitet sich dann noch genauer über die Geschichte, Technik und den Wirkungskreis der Operation, den er ungemein weit gezogen wissen will, indem er sie nicht nur für alle Fälle von Kastration neben langbestandener Retroflexio, sondern auch für jede hartnäckige Retroflexio verlangt, wobei eine länger fortgesetzte Behandlung von der Scheide aus erfolglos geblieben ist. Kelly's Bezeichnung der Operation als »Hysterorrhaphie« kann ich nicht als glücklich gewählt erachten, da man darunter nichts Anderes als plastische Naht des Uterus verstehen kann. Eher ginge noch die Benennung »Gastro-Hysterorrhaphie« an. Soll es einmal ein langes griechisches Wort zur Charakterisirung der Operation sein, so könnte man »Gastro-Hysterosynaphie« (*συνάφεια* = Vereinigung) bilden oder man könnte lateinisch von »Ante-fixatio uteri retroflexi«, von »Ventro-fixatio uteri« (»ventrale Fixation«, Olshausen) sprechen.

Da ich mich hier nur über die operative Behandlung der Retroflexio uteri zu verbreiten gedenke, so übergehe ich die verwandten Verfahren zur künstlichen Elevation und Suspension des prolabirten Uterus (P. Müller, Schröder), so weit sie nicht gemeinschaftliche sind.

Die bisher zur Anwendung gekommenen Methoden der Ventrofixatio uteri retroflexi lassen sich denn in folgender Weise gruppiren:

1) Kastration und Einnähung beider Ligaturstümpfe in die Bauchwunde. (Koeberlé, Hennig, welcher »das rechte Lig. ovarii

und die linke Ala vespertil., die Nähte in die Hautsutur aufnehmend, in den unteren Winkel der Bauchwunde einnähte«.)

2) Ovariotomie oder Kastration und Einnähung eines Ligaturstumpfes in die Bauchwunde (Olshausen, Sänger u. A.).

3) Kastration und Annähung des Fundus uteri an die Bauchwand (durch eine Sutur [Lawson Tait], 2 Fälle; durch Naht mit mehreren Chromkatgutsuturen [Czerny], 1 Fall).

4) Kastration und Annähung eines Ligaturstumpfes an die Bauchwand (Howard A. Kelly).

5) Kastration (Ovariotomie) und Annähung beider Ligaturstümpfe an die Bauchwand (Olshausen, Sänger).

6) Annähung der Cornua uteri (resp. Ligam. rotunda, lata) an die vordere Bauchwand ohne Kastration: reine »Ventro-fixatio uteri retroflexi« (Sänger).

Ich verfüge[2] im Ganzen über 7, also eine relativ große Zahl von hierher gehörigen Operationsfällen. Dieselben vertheilen sich auf die einzelnen Kategorien von Verfahren wie folgt.

2 Fälle, welche ich vor Bekanntwerden der Olshausen'schen Methode operirte, nach Art 2.

3 Fälle nach Art 5.

2 Fälle nach Art 6.

Ich beginne mit meinen ersten Fällen:

1) L., 28jährige Frau, steril. Am 4. Nov. 1885 Wegnahme der linksseitigen Uterusanhänge, wegen Prolapsus ovarii, Perioophoritis und äußerst heftiger Ovaralgie. Am 7. Mai 1886 Wegnahme auch der rechtsseitigen Uterusanhänge, welche bei der ersten Operation normal gefunden worden waren, aus gleicher Indikation und auf dringendes Verlangen der Pat. Die begleitende Retroflexio uteri (nebst Metritis chron.) war vergeblich durch Hodgepessar behandelt worden. Daher wurde der Uterus bei der zweiten Operation in Anteversionsstellung gebracht und mittels zweier Silbersuturen, welche durch den rechten Ligaturstumpf dicht an den Cornua uteri durchgeführt wurden, im unteren Winkel der Bauchwunde befestigt. In den ersten Tagen bestand schmerzhafter Tenesmus vesicae und bildete sich um einen Silberdraht ein kleiner Stichkanalabscess. Sonst glatte Heilung. Der Uterus verblieb dauernd in Anteversion, ohne Pessar.

2) S., 28jährige Frau, die vor 4 Jahren einmal geboren hatte. Gonorrhoische Infektion: Endometritis, wiederholte Anfälle von Perimetritis. Seit ca. 3 Jahren bestand auch Retroflexio uteri, die vergeblich durch Pessarien behandelt worden war. Am 13. Mai 1886 Kastration: im linken Ovarium eine apfelgroße Cyste, Perioophoritis, Perisalpingitis; dessgleichen auf der rechten Seite. Das rechte Uterushorn wurde wie in dem ersten Fall in den unteren Winkel der Bauchwunde eingenäht. Auch hier die ersten Tage Blasenbeschwerden. Heilung sonst ungestört. Der Uterus verblieb dauernd in Anteversion, ohne Pessar.

Man könnte gleich einwenden, nach Vornahme der Kastration brauche man sich um die Retroflexio uteri weiter nicht zu bekümmern, der Uterus werde doch bald zu seniler Kleinheit einschrumpfen und die von ihm ausgehenden Beschwerden schwinden. Indess kann die Rückbildung doch sehr lange auf sich warten lassen, können sich (siehe oben) wieder Blutungen einstellen, überhaupt durch Fortdauer der alten Beschwerden das Resultat der Kastration, besonders in

[2] Bis Ende 1887.

Hinblick auf das Nervensystem, in Frage gestellt werden. Die an sich so einfache Befestigung eines Ligaturstumpfes im unteren Winkel der Bauchwunde erscheint freilich als keine sehr dauerhafte, sie genügte aber in jenen 2 Fällen vollständig und wäre es schon genug, wenn der Uterus nur so lange in Anteversion erhalten bliebe, bis er zu seniler Kleinheit eingeschrumpft sei.

In meinen 3 nächsten Fällen von Retroflexio uteri, kombinirt mit infektiös-entzündlicher, resp. rein entzündlicher Erkrankung der Uterusadnexe, wurde im Anschluss an die Kastration die Ventrofixatio uteri nach Olshausen vorgenommen. Die Krankengeschichten sind folgende:

3) Frau S., 28 Jahre alt, seit 7 Jahren verheirathet, steril. Schwere gonorrhoische Infektion: doppelseitige Adnexerkrankung, Pelviperitonitis adhaesiva, Retroflexio uteri fixati, Hysteria. Nach zweijähriger palliativer Behandlung Operation am 12. Februar 1887. Kurzer Bauchschnitt. Aufsuchen der linksseitigen Adnexe. Erst nach Lösung zahlreicher Verwachsungen mit Darmschlingen bis zu ihnen vorgedrungen. Das apfelgroße Ovarium lag wie in einer Kapsel, so dass man glauben konnte eine intraligamentäre Geschwulst vor sich zu haben. Vorsichtige Ausschälung mit den Fingerspitzen unter Nachhilfe von der Scheide her. Abtragung der Adnexe mittels Durchstich- und Massenligatur. Paquelin. Langlassen der Fäden. Die rechtsseitigen Adnexe zeigten geringere Verwachsungen, lagen auch näher der Linea innominata. Abtragung wie links. Nun Lösung des locker mit dem Mastdarm verwachsenen Uterus und Einnähung desselben in die vordere Bauchwand. Die Ligaturstümpfe wurden mittels der langgelassenen Fäden vorgezogen und ca. 4 cm oberhalb der Symphyse und je 2 cm nach außen von der Bauchschnittwunde durch beiderseits 2 starke Silkwormsuturen, welche durch die Abgangsstellen der Tuben und Ligamenta rot., dann tief durch die Muskulatur der Bauchwand geführt wurden, an diese fixirt. Die Knoten kamen nach vorn zu liegen. Nach deren Schließung ergab eine Prüfung der Lage des Uterus zu den Nachbarorganen, dass linkerseits zwischen Uterus und Blase ein etwa fingerbreiter Spalt bestand, hinter welchem ein Stück des Colon descendens eingeklemmt war, das sich erst mit einiger Mühe wieder herausziehen ließ. Die beiden linksseitigen Suturen wurden daher wieder geöffnet und das linke Uterushorn etwas weiter nach außen und unten aufs Neue angenäht, so dass alsdann zwischen Uterus und Blase nur noch ein schmaler Schlitz bestand, durch welchen Darm nicht mehr eindringen konnte.

Durch die anzunähenden Cornua uteri auch noch eine mediale Ligatur zu legen, zwischen welcher und den Stumpfligaturen die Silkwormfäden durchzuführen seien, wie dies Kelly vorschlug, erschien mir unnöthig, ja riskant, da eine Blutung nicht zu befürchten steht, wohl aber in Folge der medialen Ligatur der ganze Stumpf mitsammt den Fixationsnähten absterben kann. Die Verwachsung mit der Bauchwand geschieht jedenfalls am innigsten, wenn die Cirkulation innerhalb der Cornua uteri außer durch die Nähte selbst nicht weiter gehemmt wird. Beim Schluss der Bauchwunde lag der Uterus genau in der Mitte und schon etwas in die Tiefe zurückgesunken. Die ersten Tage p. op. wurde eine Eisblase auf den Leib gelegt. Blasenbeschwerden zeigten sich nicht: Pat. konnte vom 1. Tag an spontan uriniren. Der Wundverlauf war völlig reaktionslos.

Die entfernten Uterusadnexe boten pathologisch-anatomisch folgende Veränderungen dar; links: Oophoritis et Perioophoritis chron., Salpingitis chron. mit mächtiger Hypertrophie der Muscularis, Perisalpingitis chron. Rechts bestanden dieselben Affektionen, nur war das rechte Ovarium unter Verdickung der Albuginea stark geschrumpft und enthielt nur einige mit Serum gefüllte Bläschen. Die (der Gesellschaft vorgestellte) Pat. ist vollständig geheilt. Der Uterus von seniler Kleinheit ist trotz der Antefixation gut beweglich geworden.

4) Frau F., 23 Jahre, seit 7 Jahren verheirathet, steril, leidet seit ihrem

12. Lebensjahre an typischen, epileptischen Anfällen. Dieselben sind in den letzten Jahren 8—10mal im Monat aufgetreten, kommen meist Nachts. Die Krämpfe dauern ca. 2 Minuten, das folgende Koma 2—3 Stunden. Kurz vor und kurz nach der Menstruation stellen sich die meisten Anfälle ein. Keine direkte erbliche Belastung, doch scheint die Großmutter mütterlicherseits epileptisch zu sein. Die Psyche hat bereits gelitten, die Intelligenz ist geschwächt: bald blickt Pat. theilnahmlos vor sich hin, bald bricht sie in unmotivirtes Lachen aus. Doch trägt ihr Benehmen auch das Gepräge der Hysterie. Singultus, Tachykardie, Hustenanfälle, Katalepsie waren weitere zur Beobachtung gekommene hysterische Zustände. Pat. hatte zu klagen über heftige und beständige Leib- und Kreuzschmerzen, über Fluor, Menorrhagien, verbunden mit den ärgsten dysmenorrhoischen Beschwerden. Die gynäkologische Untersuchung stellte fest: Retroflexio uteri fixati, Descensus appendicum uteri duplex, Oophoritis, Perioophoritis chron. Pat. war mir durch den Hausarzt überwiesen worden in der Voraussetzung, dass durch Beseitigung des Unterleibsleidens auch die epileptischen Anfälle günstig beeinflusst würden. Eine mehrere Wochen hindurch fortgesetzte palliative Behandlung war nutzlos. Da nun schwere örtliche Störungen an den Sexualorganen bestanden mit deutlicher Beeinflussung der epileptischen Anfälle durch die Menstruation, da die Möglichkeit vorlag, durch die Kastration mit Ventro-fixation des Uterus nicht nur das Sexualleiden radikal zu beseitigen, sondern auch das epileptisch psychische Leiden zu bessern; da endlich, wenn nichts unternommen wurde, ein Fortschreiten beider mit Sicherheit zu erwarten war, so wurde mit Zustimmung von Herrn Prof. Flechsig, in dessen Klinik Pat. Aufnahme gefunden hatte, die Operation beschlossen und am 26. Mai 1887 ausgeführt. Zuerst Vornahme der Kastration, welche keinerlei Schwierigkeiten bot, da die perioophoritischen Adhäsionen dünn und leicht zu lösen waren. Zwischen Uterus und Rectum waren gleichfalls nur dünne und spärliche Adhäsionen. Die Einnähung der Cornua uteri in die Bauchwunde geschah eben so wie in dem vorigen Falle durch je 2 Silkwormsuturen. Auch hier zeigte sich wieder nach Knüpfung der Nähte rechts ein fingerbreiter Spalt zwischen Uterus und Blase, durch welchen Darmschlingen hereinschlüpfen konnten. Daher wurden die beiden Suturen wieder aufgetrennt und der Uterus etwas tiefer aufs Neue angenäht, so dass er dann der Blase auflag. Beim Schluss der Bauchwunde federte der Fundus uteri ziemlich tief nach unten. Dünner Jodoformgazeverband. Eisblase. In den ersten Tagen p. op. große Unruhe, häufige Krampfanfälle, abwechselnd mit Apathie und hysterischen Krisen. Der Urin musste etwa eine Woche lang mit Katheter abgenommen werden.

Wundverlauf bis auf einen lange eiternden Bauchwandabscess im unteren Wundwinkel durchaus günstig.

Ca. 8 Wochen p. op. fand sich der Uterus normal antevertirt, sehr klein und trotz der Antefixation gut beweglich. Pat. wurde etwa ¼ Jahr nach der Operation in weit besserem allgemeinen Ernährungszustand und frei von körperlichen Beschwerden entlassen: die epileptischen Anfälle, der Schwachsinn hatten sich bis dahin nicht gebessert; wohl aber war als Gewinn durch die Operation zu verzeichnen die Beseitigung der heftigen örtlichen Beschwerden, Besserung der hysterischen Erscheinungen und Hebung des Allgemeinbefindens.

Der 5. hier eingefügte Fall ist am 8. November 1887 operirt worden. Er ist klinisch dem Falle der Frau S. verwandt, da es sich ebenfalls um eine schwere gonorrhoische Infektion mit doppelseitiger Adnexerkrankung und Retroflexio uteri fixati handelte. Die durch Kastration entfernten Uterusadnexe boten folgende Erkrankungen dar: Salpingitis purulenta (Gonokokken nicht sicher nachgewiesen), Perisalpingitis; apfelgroße Cyste des Ovarium, Perioophoritis adhaesiva rechterseits; links die gleichen Affektionen mit Ausnahme der Cystenbildung. Der im Douglas adhärente Uterus wurde gelöst, aufgerichtet und durch je 2 Silkwormsuturen dicht über der Harnblase an die vordere Bauchwand geheftet. Verlauf völlig ohne Reaktion. Keine Blasenbeschwerden. Entlassung am 20. Tag p. op., frei von allen Beschwerden. Uterus anteflektirt, klein, unempfindlich, noch fest an die vordere Bauchwand fixirt. (Schluss folgt.)

1) **F. Dahlmann** (Magdeburg). Zur Behandlung der Fehlgeburten.

(Separatabdruck aus »Der Frauenarzt« 1886. Hft. 3.)

D.'s Rathschläge betreffs Behandlung des Aborts stützen sich auf 130 von ihm behandelte Fälle. Einige Worte widmet er der Prophylaxe der Fehlgeburt. Wo die wahrscheinliche Ursache einer oder mehrerer bereits früher stattgehabter Aborte Lues ist, ist es sehr wichtig, neben der specifischen Behandlung die Konception auf längere Zeit hinauszuschieben, da die Lues allmählich erlischt und später oft lebende Kinder geboren werden. Derselbe Rath hat auch für andere Fälle habituellen Abortes Geltung.

Von vollständiger Bettruhe oder ständig eingehaltener Horizontlage der Gravida will D. mit Rücksicht auf die resultirende Schädigung des Allgemeinbefindens nichts wissen. Er räth nur zu strenger Ruhe im Bett während der Zeit, zu welcher sich die Periode einstellen sollte; da er annimmt, dass zu dieser auch bei Schwangeren ein stärkerer Blutandrang zu den Beckenorganen stattfindet.

Bei beginnendem Abort soll die Pat. 8 Tage im Bett liegen bleiben, Anstrengungen bei Urin- und Stuhlentleerung vermeiden, Tct. Op. stündlich 5 Tropfen erhalten.

Ist der Abort nicht mehr aufzuhalten, findet sich das Ei bei der Untersuchung noch intakt, so empfiehlt D. Tamponade der Vagina mit 6—8 walnussgroßen, festen Wattetampons, um die Ausstoßung des ganzen unversehrten Eies zu bewirken. Meist aber handelt es sich um einen unvollkommenen Abort; das Ei ist geborsten, der Fötus ausgestoßen. Hier darf nicht tamponirt, überhaupt nicht abgewartet werden. Die Retenta sind sofort zu entfernen; zuerst mit dem Zeige-, eventuell Mittelfinger, dessen einzelne Einführung stets gelingt, dann nach Herauspressung der gröberen, gelösten Theile mittels Hönig'schen Griffes die noch haftenden Siebhaut- und kleineren Placentarreste mittels Curette. Auch diese zweite instrumentelle Reinigung des Cavum uteri räth D. nie zu unterlassen. Nach ihrer Beendigung führt er etwas Jodoformpaste in jenes ein. Der Ausräumung desinficirende Irrigationen der Scheide oder des Uterus vorauszuschicken hält er nur da für nöthig, wo es sich um bereits in Zersetzung übergegangene Abortreste handelt. **Graefe** (Halle a/S.).

---

2) **Fenger** (Chicago). Die operative Behandlung der retroperitonealen Cysten in Bezug auf Miculicz's Methode der Drainage.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1887. Mai 21.)

Unter retroperitonealen Cysten versteht Verf. ausschließlich die monocystischen Geschwülste der Parovarien. Dieselben haben stets dünne Wandungen und neigen daher ganz besonders zu Rupturen, welche aber meist keine allgemeine Peritonitis verursachen, Dank ihrem klaren, nicht infektiösen Inhalt, welcher einfach resorbirt wird.

Daher gestatten diese Geschwülste am allerbesten die einfache Punktion und Aspiration, welcher häufig völlige Heilung folgt. Ist dennoch aus irgend einem Grunde die Operation nöthig, so erwachsen der Auslösung derselben aus dem breiten Mutterband oft erhebliche Schwierigkeiten, indem harte und feste Verwachsungen vorhanden sind, ja diese können namentlich auch mit Darmschlingen so ausgedehnt sein, dass ihre Trennung unmöglich ist, ohne den Darm in einer Weise zu verletzen, welche er nicht verträgt. Für diese Fälle ist es nun nöthig, die Ausschälung der Geschwulst aufzugeben und dies ist sogar die einzig rechtmäßige Behandlung, auf welche daher Verf. den Namen der unvollendet gebliebenen Ovariotomie nicht angewendet wissen will. Er schlägt vor, hier stets die Drainage nach Miculicz anzuwenden, d. h. den Hohlraum mit Jodoformgaze auszustopfen, indem durch die Kapillarattraktion derselben weit besser eine vollständige Ableitung des Sekrets aus allen Taschen und Falten ermöglicht wird als durch jede andere Form der Drainage. Einige so behandelte Fälle verliefen günstig. **Lühe** (Demmin).

---

3) **Le Page.** Placenta praevia.

(Provincial med. journ. 1887. Juli 1. p. 301.)

Verf. sucht die Ursache für Bildung einer Placenta praevia darin, dass das Ei schon den unteren Theil des Uterus erreicht hat, wenn die seine Einlagerung erleichternde periodische Schleimhautschwellung eintritt und dass erst hier seine Befruchtung stattfindet. Die Diagnose auf Placenta praevia ist zwar nur sicher zu stellen, wenn man die Placenta mit dem in das Os eingeführten Finger fühlt, allein bei Vorhandensein von Blutungen machen ein weiches Scheidengewölbe und ein stark pulsirender dicker und weicher Cervix sie wahrscheinlich.

Was die Behandlung betrifft, so empfiehlt sich überall da, wo die Diagnose frühzeitig gestellt worden ist, die Einleitung der künstlichen Frühgeburt und zwar durch Einführung mit Wasser gefüllter Gummiballons in verschiedenen Größen. Nach hinlänglicher Erweiterung des Os wird Ergotin gegeben und die weitere Geburt der Natur überlassen, die Wendung nur ausgeführt, wenn dringend nöthig. Die vorgängige Erweiterung des Os durch Quellmittel ist wegen der von Haus aus meist vorhandenen Zugängigkeit desselben für den Finger fast stets unnöthig. Da sehr oft der Kopf nicht der vorliegende Theil ist, ist die Wendung oft nöthig und die kombinirte Wendung ist vorzuziehen. Wenn man zu einer Blutung durch Placenta praevia gerufen wird, führt man schleunigst die Hand ein, sucht das Os zu erweitern, die Placenta abzulösen und wendet auf den Fuß. Unter Befolgung dieser Gesichtspunkte hat Verf. unter 21 Fällen keinen einzigen verloren. **Lühe** (Demmin).

---

4) Nachtrag zu dem Referat über: F. von Preuschen, die Allantois des Menschen.

Zu dem in No. 50 d. Bl. veröffentlichten Referate über F. von Preuschen: »Die Allantois des Menschen« wird der von dem Verf. herrührende Terminus »Hautstiel« durch einen Lapsus calami als von His übernommen aufgeführt. Indem Ref. dieses Versehen zu entschuldigen bittet, bemerkt derselbe, dass von Preuschen unter Hautstiel das von ihm nachgewiesene hautartige Band versteht, welches die niemals unterbrochene Verbindung zwischen Embryo und äußerer Eihaut darstellt. Der Hautstiel entsteht nach von Preuschen aus der Hautplatte der hinteren Amnionfalte. Mit dem His'schen »Bauchstiel« hat das Gebilde nichts zu thun; jener bildet sich erst, wenn Hautstiel, Allantoisblase und Amnion sich zu einem gemeinsamen kompakten Strange vereinigen. **Solger** (Greifswald).

Kasuistik.

5) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

130. Sitzung am 3. November 1887.

Vorsitzender: Herr J. Schramm, Schriftführer: Herr Korn.

Vor der Tagesordnung berichtet Herr Grenser über eine Frühgeburt aus der 18. Schwangerschaftswoche. Dieselbe zeigte 4 Stunden lang Lebenszeichen. Sie schrie sogar 5—6mal. Das Herz bewegte sich sehr stark, so dass der Nabelschnurrest sich hob. Obere und untere Extremitäten wurden bewegt. Die Augen wurden jedoch nicht geöffnet. Nach 4 Stunden trat, nachdem die Athembewegungen allmählich seltener geworden, der Tod ein.

Die Frucht wog 440 g, war 29 cm lang.

Die Sektion ergab: Zwerchfell beiderseits an der 4. Rippe, Lungen schwimmen in Wasser, sind überall atelektatisch, enthalten nur kleine lufthaltige Inseln.

Die Lungen werden demonstrirt.

Herr Leopold hat ebenfalls 2 Fälle beobachtet, einen 18 Wochen alten und einen 25 Wochen alten Fötus, die beide längere Zeit Lebenszeichen darboten, wie rhythmische Bewegung von Arm und Bein, Herzschlag 60—80 in der Minute, häufig wechselnd. Ein Fötus habe auch die Augen aufgeschlagen.

Herr Korn erwähnt einen Fall, in welchem ein 5 Monate altes Ei in toto ausgestoßen wurde. Nachdem dasselbe in Kochsalzlösung gelegt, konnte man an den rhythmischen Bewegungen der Nabelschnur noch ca. $1^1/_2$ Stunden lang die Pulsationen des Herzens beobachten.

I. Herr Schramm spricht über Elephantiasis vulvae unter Vorlegung einer Geschwulst, die er 8 Tage zuvor excidirt hat.

Die Beobachtung wird im Centralblatt für Gynäkologie ausführlich veröffentlicht.

Herr Schramm demonstrirt sodann eine durch Laparotomie entfernte, apfelgroße, rechtsseitige Ovarialcyste, die von einem 21jährigen Mädchen stammt. Pat., die seit ihrem 16. Jahre regelmäßig menstruirt war, litt in den letzten 2 Jahren an heftigen linksseitigen Schmerzen im Unterleib, welche sich auch nach rechts verbreiteten. Die Periode erschien seitdem sehr stark, 4—8 Tage andauernd. Die Untersuchung ergab rechts vom Uterus eine Ovarialgeschwulst von Orangengröße, links eine merkliche Vergrößerung des Ovarium. Bei der Operation wurde sowohl der Tumor, als auch das verdickte und vergrößerte linke Ovarium leicht entfernt. Glatter Verlauf. Seither vollständiges Wohlbefinden. Es handelte sich in diesem Falle, nach Prof. Neelsen's Untersuchung, um einen Hydrops folliculi.

II. Herr Leopold demonstrirt 2 durch Totalexstirpation entfernte Uteri.

a) Die erste Pat., Frau Reck, 43 Jahre alt, seit 19 Jahren verheirathet, hat 3mal geboren, zuletzt vor 15 Jahren, und klagt seit ihrer ersten Entbindung vor fast 20 Jahren über einen Scheidenvorfall, der sich stetig vergrößert hat. Seit Michaelis 1884 stellten sich unregelmäßige, zuweilen sehr heftige, zu großer Schwäche führende Blutungen ein. Am 10. Januar 1887 erfolgte zunächst in einer Sitzung die Amputatio colli, Kolporrhaphia anterior und posterior mit fortlaufender Katgutnaht und Heilung per primam. Pat. erholte sich. Als aber dann später im Juli fortwährende Blutungen auftraten, wurde die Uterushöhle erweitert und ausgetastet und links oben im Fundus ein ca. walnussgroßes, breitbasiges, submuköses Myom gefunden, welches mit Zange und Schere ausgeschält werden konnte.

Der Verdacht auf Sarkom, welcher durch die auffallende Weichheit rege gemacht wurde, bestätigte sich durch die mikroskopische Untersuchung, welche ein Rundzellensarkom nachwies.

In Folge dessen wurde am 22. August 1887 die Totalexstirpation der ganzen Gebärmutter nach der Methode vorgenommen, wie sie Redner im Archiv für Gynäkologie beschrieben hat. Die Operation stieß durch die vorausgegangene Kolporrhaphie in Folge der beträchtlichen Scheidenverengerung auf erhebliche Schwierigkeit, ging aber glatt von statten, entfernte beide Tuben und Ovarien mit und erzielte einen ganz ungestörten Weiterverlauf.

Das entfernte, der Länge nach aufgeschnittene Organ zeigte am Fundus an der gleichen Stelle, wo das submuköse Myom gesessen hatte, ein bereits über walnussgroßes Recidiv weichen, festem Gehirn gleichen Sarkomgewebes, obwohl seit der letzten Operation erst ca. 3 Wochen verflossen waren.

b) Frau J. ist 54 Jahre alt, sehr angegriffen, blutleer und leidet seit ungefähr einem Jahre an herumziehenden Schmerzen im Kreuz und Becken. Vor 4 Jahren verlor sie die Periode, welche seit ca. einem Jahre ab und zu wiedergekehrt sein soll. Gegen die beständigen Beckenschmerzen, welche als Neuralgien angesehen wurden, kamen verschiedene Nervina und allgemeine Vorschriften von anderer Seite zur Anwendung.

Bei der ersten genaueren Untersuchung Anfang August 1887 fand sich der Uterus retroflektirt, etwas verlöthet mit dem Grund im kleinen Becken, die Parametrien, namentlich der Douglas etwas empfindlich, die Sonde stieß im Fundus uteri auf eine Menge harter, knorpeliger, leicht blutender Rauhigkeiten, von denen eine größere entfernt werden konnte und unter dem Mikroskop den zweifellosen Charakter des Drüsenkrebses darbot. In Folge dessen wurde in Anbetracht des noch wenig vorgeschrittenen Krankheitszustandes die Entfernung der ganzen Gebärmutter beschlossen.

Diagnose: Carcinoma corporis uteri retroflexi und perimetritische Verlöthung des Uterus.

Bei der Operation machte die Eröffnung des Douglas in Folge der Verlöthung ziemliche Schwierigkeit; eben so die Ablösung des Uteruskörpers aus den Adhäsionen. Hierbei zeigte sich die Gebärmutterwand so dünn, dass sie an einzelnen Stellen aufbrach und der Carcinombrei, welcher auf das sorgfältigste aufgefangen und entfernt wurde, hervorquoll. Nach Entfernung des Organs wurde die Wundfläche in allen Buchten mit kleinen Karbolschwämmen ausgetupft und mit Jodoformgaze ausgestopft. Blutverlust sehr mäßig.

Vom 3. Tage an bot Pat. bei völliger Unempfindlichkeit des Leibes die Erscheinungen ernster Gehirnstörungen dar (schwere Sprache, einseitige Lähmung, geistige Stumpfheit etc.), unter deren Zunahme sie am 10. Tage verstarb.

Die Sektion ergab eine normale Wundfläche; die Stümpfe ohne Beleg oder Eiterung. Die Beckendrüsen aber stark krebsig infiltrirt; ferner Hydrocephalus internus und Verdickung der Hirnhäute.

Die genauere Betrachtung des aufgeschnittenen Uterus lehrte, dass das Carcinom die Wände des Körpers bis zur Serosa bereits durchsetzt, hier die Perimetritis hervorgerufen und abwärts sich bis zum inneren Muttermund erstreckt hatte.

Die vielleicht ein halbes Jahr früher vorgenommene Totalexstirpation würde höchst wahrscheinlich weder die Gebärmutterwände so weit entartet, noch eine so ausgebreitete Perimetritis vorgefunden haben.

III. Herr Leopold spricht über die operative Behandlung des retroflektirten Uterus durch die Laparotomie unter Darlegung von drei geheilten Fällen.

Der Vortrag wird an anderer Stelle veröffentlicht werden.

IV. Herr Korn demonstrirt einen von ihm wegen Carcinom exstirpirten Uterus.

37jährige Frau Z., seit 12 Jahren verheirathet, hat 1mal vor 15 Jahren geboren. Seit ca. 6 Wochen bemerkt Pat. einen starken, schleimigen Ausfluss aus den Genitalien, der nur hier und da etwas blutig gefärbt ist. Geringe Abmagerung in der letzten Zeit. Die vordere Muttermundslippe ist in eine ca. 4 cm lange, pilzförmige, vielfach zerklüftete Masse umgewandelt, die hintere Lippe, ca. $1^1/_2$ cm lang, vollkommen intakt. Mikroskopisch stellt sich die Neubildung als ein Cancroid dar.

Pat. machte eine glatte Rekonvalescenz durch.

---

6) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Paris.

Sitzung vom 21. Juli 1887.

(Ann. de gynécol. 1887. September.)

Guérin verliest eine Arbeit über die »Fungositäten der Uterusschleimhaut«. Es handelte sich um eine 50jährige Pat., bei welcher nach 10jähriger Cessation der Regel unregelmäßige Blutungen auftraten. Die Diagnose »subakute Metritis« wurde mehrere Monate festgehalten, bis die mikroskopische Untersuchung der herauscurettirten Massen ein »tubulöses Epitheliom« ergab. Von der Totalexstirpation wurde Abstand genommen, da hinter der Symphyse vorhandene Schmerzhaftigkeit eine carcinomatöse Degeneration der daselbst befindlichen Lymphdrüsen anzuzeigen schien.

Pajot macht darauf aufmerksam, dass die Art der Blutung sofort den Verdacht auf Carcinom hätte erwecken müssen.

Porak hat 3 derartige Carcinomfälle beobachtet.

Doléris betont die Wichtigkeit und Schwierigkeit der frühen Diagnose des Uteruscarcinoms, ohne welche die Hysterektomie keine Aussicht auf dauernden Erfolg biete.

Guéniot hat einen Fall gesehen, in welchem bei einer bejahrten Frau die unregelmäßigen Blutungen von einem kirschgroßen Polypen herrührten und nach dessen spontaner Ausstoßung cessirten. Dies stimmt nicht mit der von Pajot ausgesprochenen Formel überein.

Bailly berichtet über einen »Fall von Embryotomie«. Nachdem bei hohem Kopfstand wegen Ausziehung des Uterus die Zange ohne Erfolg versucht war, wird die Perforation des todten Kindes gemacht und der Kopf mit dem Kephalotrib extrahirt. Da die Schultern nicht folgen, wird der Kopf abgeschnitten, und bei den weiteren Traktionen an den heruntergeholten Extremitäten noch 2 Arme und 1 Bein ausgerissen. Zum Schluss wird von dem zu Hilfe gerufenen Herrn Auvard der Rumpf eviscerirt und mit dem Kranioklasten extrahirt. Das Wochenbett war normal.

Greslou verliest eine Beobachtung von »unstillbarem Erbrechen in der Schwangerschaft«, welches im 4. Monat zur Einleitung des künstlichen Abortus führte. Trotzdem dauerte das Erbrechen noch 20 Tage an, um erst allmählich nach Beseitigung einer vorhandenen Retroversion zu verschwinden.

Joiun verliest folgenden Aufsatz: »Über die Anwendung der medikamentösen Stäbchen mit oder ohne vorhergängige Dilatation in der Behandlung der Endometritis, der Metritis, der Fibrome und der Flexionen des Uterus.«

Gesellschaft für Chirurgie zu Paris.
Sitzung vom 13. Juli 1887.
(Ann. de gynécol. 1887. August.)

Terrillon. Die Untersuchung des flüssigen Inhaltes und der Wandungselemente von Ovarial- und Parovarialcysten ergiebt so viele Übereinstimmung zwischen beiden Geschwulstarten, dass ein gemeinsamer Ursprung beider vom Ovarialgewebe höchst wahrscheinlich ist. Nach de Sinéty und Malassez entwickeln sich nämlich die Parovarialcysten aus kleinen überzähligen Ovarien. So findet auch die klinische Übereinstimmung beider Geschwulstformen (das konstante Recidiv der Parovarialcyste, falls man sie nicht radikal entfernt) ihre natürliche Erklärung.

Quenu. Die unilokulären Parovarialcysten sind verschieden von den multilokulären Ovarialcysten. Die Ovarien und Parovarien stammen beide von dem peritonealen Epithel ab, können daher auch beide dieselben pathologischen Veränderungen eingehen. **Dührssen** (Berlin).

7) **H. Chiari** (Prag). Beiträge zur Lehre von der Graviditas tubaria.
(Zeitschrift für Heilkunde Bd. VIII.)

1. Fall. Bis in den 9. Lunarmonat gediehene, reine Tubargravidität, mit nachweislichen uterinem und abdominalem Ostium der Tube.

37jährige Frau. 2. Schwangerschaft. Dieselbe verlief ungestört bis zum 13. November 1886, wo Pat. ausgeglitten war. Schmerzen, Blutabgang, Abgang von Decidua. Mit septischer Peritonitis ins Gebärhaus, wo Extra-uterin-Gravidität diagnosticirt, ein operativer Eingriff aber als aussichtslos nicht unternommen wurde. Tod am 19. November. Bei der Obduktion septische Peritonitis und 4 Liter Blut in der Bauchhöhle. Der extra-uterine Fruchtsack war überall von Peritoneum bekleidet und erwies sich nach Lage des Lig. rotundum und Ovarium als das ampullare Ende der rechten Tube. Fötus 1550 g schwer, 42 cm lang. Dieser Fruchtsack war am oberen Rande der Placenta und zwar im vorderen Umfang eingerissen. Die mikroskopische Untersuchung des Fruchtsackes ergab, dass derselbe aus Peritoneum, Muscularis und Decidua bestand.

2. Fall. Tubargravidität mit Weiterentwicklung des Fötus in der freien Bauchhöhle bis zur Reife nach Berstung des Fruchtsackes. 33jährige IIgravida. Unregelmäßige Blutungen aus den Genitalien in den ersten 5 Monaten, verbunden mit Erbrechen und Schmerzen. Später Wohlbefinden. 7. März 1883 Schmerzen im Bauch und am 8. März Exitus. Nach dem Obduktionsbefunde schien es sich um Ovarialgravidität mit oben angeführtem Ausgange zu handeln. Es fand sich nämlich in der Bauchhöhle ein ganz freier reifer Fötus, dessen Haare ins Netz eingewachsen waren, und neben dem Uterus im rechten Lig. lat. ein Tumor, der mit dem rechten Ovarium verwachsen und an seiner inneren Fläche eine 9 cm Durchmesser haltende kreisrunde Lücke zeigt, durch welche der Nabelstrang zu der in dem Tumor enthaltenen Placenta tritt. An der vorderen Fläche des Tumors das abdominale Tubenende nachweisbar. Die genauere, besonders mikroskopische Untersuchung ergab nun, dass der die Placenta enthaltende Sack von der Tube gebildet war. Das bei der Sektion für abdominal gehaltene Tubenende erwies sich als die Einmündungsstelle des Isthmus tuba in den zum Fruchtsack umgewandelten ampullaren Theil der Tube. Sichergestellte Fälle von Fortleben des Fötus in der freien Bauchhöhle sind nach C. nur die von Patuna, Walther-Bidder, Bandl-Kundrat. **Wilhelm Fischel** (Prag).

8) **Hiridoyen** (Bordeaux). Syphilis und Schwangerschaft.
(Arch. de tocol. 1886. Oktober 30.)

H. berichtet über seine während zweier Jahre an dem Material der geburtshilflichen Klinik zu Bordeaux angestellten Beobachtungen über den Einfluss der Syphilis auf Schwangerschaft. In dem genannten Zeitraum wurden 667 Frauen in der Klinik entbunden; darunter befanden sich 34 syphilitische d. i. 5%. Von diesen 34 waren nur 4 verheirathet; diese letzteren hatten die Syphilis erst acquirirt, nachdem sie vorher bereits normal geboren hatten.

Der bekannte Einfluss der frühzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft durch Syphilis wird durch mitgetheilte Geburtsgeschichten gut illustrirt.

Je nach dem Alter der Syphilis gestaltete sich dieser Einfluss verschieden. Unter 8 Frauen, welche länger als 1 Jahr syphilitisch waren, gebaren nur 2 lebende, allerdings schwächliche Kinder. Dies entspricht der Angabe Fourniers, dass die vor der Schwangerschaft erworbene Syphilis von besonders ungünstigem Einfluss sei.

9 Frauen waren in den ersten 2 Monaten der Schwangerschaft syphilitisch geworden; 6 davon gebaren im 6. Monat macerirte Früchte, 3 im 7. Monat ebenfalls abgestorbene Kinder.

Von 3 Frauen, welche im 3. Monat der Gravidität inficirt worden waren, gebaren macerirte Früchte eine in der 28., eine in der 32. und eine in der 34. Woche der Gravidität. Die letzten beiden waren vom Beginn der syphilitischen Erscheinungen an antisyphilitisch behandelt worden. Es zeigte sich also, dass die in den ersten Monaten der Schwangerschaft auftretende Syphilis eben so gefährlich für den Fötus ist, wie die vor der Konception erworbene.

Bei 4 Frauen, deren Syphilis aus dem 4.—6. Schwangerschaftsmonat stammte, fanden sich 2 Geburten am normalen Schwangerschaftsende, eine im 8., eine im 7. Monat; 2 Kinder waren lebend.

In 7 Fällen datirte die Syphilis aus dem 6.—9. Monat der Gravidität; 4 gebaren lebende, gesunde Kinder; ein fünftes, ebenfalls lebensfähiges Kind ging durch die schwere Geburt zu Grunde; ein Kind wurde todtgeboren im 8. Monat, ein lebend geborenes starb nach 7 Tagen an Syphilis. Die in den letzten 3 Monaten erworbene Syphilis scheint also weniger gefährlich für den Fötus zu sein, als die vor der Konception bestehende. In Summa hatten 33 Geburten syphilitischer Frauen 8 lebende Kinder ergeben, von denen aber mehrere bald nach der Entlassung starben.

Wesentlicher Einfluss der Syphilis auf Verlauf der Geburt und des Wochenbettes im Vergleich mit Geburten Nichtsyphilitischer war nicht vorhanden. Einmal fand sich Hydramnios und Ascites, 2mal Albuminurie. In 2 Fällen traten starke Blutungen nach der Geburt auf (Adhärenz der Placenta); bei einer Frau, welche syphilitische Affektionen der äußeren Genitalien hatte, riss der ödematöse Damm. In einem Fall bestand starke Rigidität des Cervix.

Wochenbettserkrankungen kamen 2 vor, welche in Genesung ausgingen.

Skutsch (Jena).

9) **Pozzi** (Paris). Kastration bei chronischer Oophoritis.

(Arch. de tocol. 1886. Oktober 15.)

Eine 29jährige Frau litt seit der letzten Entbindung, welche vor 4 Jahren stattfand und schwierig gewesen sein soll, an kontinuirlichen, heftigen Schmerzen im Leibe. Die Menstruation war regelmäßig, seit 20 Monaten aber stark und mit so heftigen Schmerzen verbunden, dass das Bett gehütet werden musste.

Trotz der verschiedensten Kuren blieben die heftigen Schmerzen bestehen. Die Untersuchung ergab chronische Perioophoritis. Nachdem alle angewandten Mittel sich als vergeblich erwiesen hatten, wurde der Pat. die Kastration vorgeschlagen.

Bei der Operation fand man die Ovarien dicht eingebettet in Adhäsionen, aus welchen sie ausgelöst wurden. Die Ovarien zeigten kleine Cysten. Jedes Mal, wenn während der Operation das Lig. latum mit der Pincette gefasst oder mit einer Ligatur versehen wurde, stellten sich reflektorisch Würgbewegungen ein.

Seit der Operation, d. i. seit einigen Monaten, ist Pat. frei von Beschwerden.

Skutsch (Jena).

10) **Polaillon** (Paris). Vollständiger Mangel der Scheide. Bildung einer künstlichen Scheide.

(Gaz. méd. de Paris 1887. No. 15.)

21jähriges Mädchen, vom 15.—18. Jahre unregelmäßig, seitdem regelmäßig vierwöchentlich dysmenorrhoische Beschwerden ohne menstruelle Blutung. Die

objektive Untersuchung ergab ein mit allen Attributen der Weiblichkeit ausgestattetes Individuum. Äußere Genitalien gut entwickelt, Vulva geschlossen, es ist nicht möglich, zwischen Harnröhre und hinterer Kommissur einzudringen. Orangengroßer Tumor über der Symphyse, auf Druck empfindlich. Per rectum fühlt man in der Höhe von 8—9 cm über dem Anus die untere Grenze des Tumors. Bei gleichzeitiger Einführung des Katheters in die Blase und des Fingers in das Rectum sind beide nur durch eine ganz dünne Scheidewand getrennt, so dass die Vagina vollständig fehlt und der abdominale Tumor einen beweglichen Uterus mit geschlossenem Cervicalkanal darstellt. Während der menstruellen Beschwerden tritt eine leichte Vergrößerung des Tumors ein. Die Kolpoplastik wurde in zwei Zeiten vorgenommen, da die Operation bei der Dünne der Scheidenwand und der Beweglichkeit des Uterus nicht leicht erschien. Unter Leitung des Katheters und des ins Rectum eingeführten Fingers wird zunächst stumpf nach einer queren Incision die Blase vom Rectum getrennt, bis ungefähr zur Höhe des Uterus, dessen Cervix nicht deutlich erkennbar ist. Der Uterus flottirt wie ein beweglicher Körper und hofft P., durch den bei der Operation gesetzten Ring eine Verwachsung desselben mit seiner Umgebung. Jodoformtamponade, welche öfters erneuert wird, um auf diese Weise den Kanal erweitert zu halten. 4 Wochen später zweite Operation. Der obere Sack der Scheide ist ungefähr noch 2 cm vom Uterus entfernt. Die Scheidenwand wird stumpf getrennt. Der Uterus noch sehr beweglich. Derselbe wird durch Druck von außen entgegengedrängt und unter Leitung des Fingers mit einem Scarificator eingeschnitten, in die noch nicht klaffende Wunde ein Lithotom eingeführt und auf $2^1/_2$ cm gespreizt. Allmählicher Ausfluss von einem Wasserglas schwärzlicher Flüssigkeit. Die Scheide wird jetzt durch dicke, über einander geschobene Drainröhren von Kleinfingerdicke, welche einen 10 cm langen Cylinder bilden, erweitert, durch welche antiseptische Ausspülungen vorgenommen werden. 8 Tage später ist der Uterus fast zur normalen Größe zurückgekehrt.

14 Tage nach der Operation tritt die Periode ohne Schmerzen ein. Pat. trägt den Drainröhrencylinder noch mehrere Monate. Derselbe wird später durch ein Pessar ersetzt. In den nächsten Monaten traten dysmenorrhoische Schmerzen geringen Grades ohne menstruelle Blutung auf, trotzdem der Kanal vollständig gebildet blieb, was wohl auf eine Atrophie des Uterus zurückzuführen war. Später blieben jegliche Beschwerden fort; Pat. verheirathet sich: der Coitus ging ohne Beschwerden von statten. **Hadra** (Berlin).

11) **Le Bec.** Beiderseitige Ovariotomie, einerseits durch Laparotomie, andererseits durch Lumbalschnitt.

(Gaz. des hôpitaux 1887. No. 31.)

Operationsgeschichte eines Falles, in dem neben einem adhärenten Ovarientumor der einen Seite auf Grund aller klinischen Symptome ein Nierentumor der anderen Seite diagnosticirt wurde (Sitz desselben im rechten Hypochondr., prominirend in der Lumbalgegend, kein Zusammenhang mit dem ersten Tumor, resp. den Genitalien nachweisbar). Auch bei der Operation des ersten linksseitigen Tumors durch Laparotomie wurde diese Diagnose aufrecht gehalten. Bei der direkten Palpation durch die Wand wurde dieser Tumor wegen Form, Lage etc. für einen Nierentumor angesprochen — wie sich einige Wochen später zeigte mit Unrecht, da bei seiner Freilegung durch den lumbalen Nephrektomieschnitt die normale Niere aufgefunden wurde und die sehr schwierige Exstirpation des Tumors auf diesem Wege denselben als ovarieller Natur erwies. Heilung. **Hadra** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 3. **Sonnabend, den 21. Januar.** **1888.**

Inhalt:

Öffentliche Erklärung.

Von

Dr. C. H. Stratz,

Offizier van gezondheid in Soerabaya, Niederländisch Ost-Indisches Lager.

Der Umstand, dass die Deutsche medicinische Wochenschrift vom 6. Oktober 1887 einen Artikel von Herrn Frank aus Köln mit einem mich beleidigenden Inhalt aufgenommen hat, zwingt mich, das Folgende öffentlich zu erklären:

In No. 17 dieses Blattes habe ich Herrn Frank's Methode keiner »Kritik« unterzogen — das schien mir nach Allem, was er darüber schon von anderer Seite gehört hatte, nicht mehr nöthig — nein, ich habe einfach versucht, die allgemeine Aufmerksamkeit darauf zu lenken.

Mein Wort war gegen das indikationslose, allzu gewagte Operiren gerichtet.

Zur Sache konnte Herr Frank nichts erwiedern; er beschränkte sich darauf, mich persönlich anzugreifen und zu beleidigen.

Die Art und Weise, wie er dies thut, der Ton, den er anschlägt, enthebt mich der Möglichkeit jeder weiteren Antwort ihm selbst gegenüber.

(*Hiermit ist diese Sache für die Redaktion erledigt.*)

(Vortrag gehalten in der Aprilsitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.)

Über operative Behandlung der Retroversio-flexio uteri.

Von

Dr. M. Sänger.

(Schluss.)

Die beiden nun folgenden Fälle sind die ersten, wobei die Koeberlé-Olshausen'sche Operation lediglich zu dem Zwecke der Antefixation des Uterus unternommen wurde, indem Olshausen selbst in dem zweiten seiner Fälle es nicht mit Retroflexio, sondern mit Prolapsus uteri zu thun hatte.

6) Frl. Öh., 26 Jahre alt, steht seit einer Reihe von Jahren in gynäkologischer Behandlung an einer Retroflexio uteri, verbunden mit ungewöhnlich heftigen und beständigen, zur Zeit der Menstruation gesteigerten örtlichen Beschwerden und Hysterie mit psychopathischen Zügen und verschiedenen Neurosen; einer jener seltenen Fälle, wo als Grund schwerer örtlicher, allgemeiner und psychischer Symptome nichts sonst angeschuldigt werden konnte, als eine Retroflexio uteri mobilis mit mäßiger Vergrößerung des Organs. Die verschiedensten Pessarien waren ohne Erfolg eingelegt worden. Das beständige Manipuliren an den Geschlechtstheilen dabei war von übelster Einwirkung auf das Gemüth der Pat., welche wahrscheinlich dadurch auch der Masturbation verfallen war. Sie war unfähig zu geordneter Thätigkeit. Während der Menstruation lag sie theils wegen des starken Blutverlustes, theils wegen der heftigen dysmenorrhoischen Schmerzen, bei großem Schwächegefühl und gesteigerter geistiger Depression ganz zu Bett. Mehrere Gynäkologen hatten ihr, da sie durchaus von ihrem Leiden befreit zu sein wünschte, die Kastration, ja die Totalexstirpation des Uterus vorgeschlagen. Ich wollte zunächst doch sehen, ob es nicht möglich sei, den Uterus mittels Pessar in situ anteversionis zu erhalten. Chloroformnarkose, bimanuelle Aufrichtung des Uterus, Thomaspessar! Nach 2 Tagen lag der Uterus wieder hinten und gelang es auch weiterhin nicht, durch andere Pessarien Besseres auszurichten. Ich ließ schließlich ein Hodge-Hartgummipessar liegen, behandelte symptomatisch und vermied längere Zeit jede Untersuchung. Trotzdem wurden gerade die psychischen Erscheinungen bei der sich für unheilbar haltenden Pat. schlimmer und schlimmer. Sie verfiel einer ausgesprochenen Melancholie und machte in ihrer Verzweiflung wiederholt Selbstmordversuche, worauf ihre Aufnahme in die Universitäts-Irrenklinik veranlasst wurde. Ihr Gemüthsleiden wurde auch hier als durchaus auf hysterischer Grundlage beruhend und ursprünglich durch das Unterleibsleiden bedingt angesehen, worauf ich mich entschloss, unter Zustimmung von Herrn Prof. Flechsig, die Antefixation des Uterus nach Olshausen auszuführen.

Operation am 4. December 1886. Es wurden beiderseits je 3 Silkwormsuturen durch das Anfangsstück der Ligam. rotunda und die vordere Lamelle des Lig. lat. einerseits, durch die Musc. recti der Bauchwand 2 cm nach außen von der Bauchwunde andererseits durchgelegt. Die Knotung geschah erst nach Legung aller Fäden, welche auf der einen Seite vorläufig durch eine Klemmpincette zusammengehalten wurden, und nach vorheriger Prüfung des Abstandes von der Blase, von unten nach oben, so dass die Knoten nach vorn zu lagen. Der Uterus schwebte alsdann dicht über dem Blasengrund und befanden sich seitlich nur schmale Spalten, durch welche Darmschlingen nicht eindringen konnten. Während der Annähung federte der Uterus stark und musste mit einiger Anstrengung oben gehalten werden. Da beide Tuben und Ovarien gesund waren, so wurden sie erhalten.

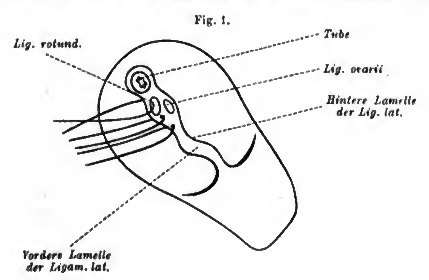
In den ersten Tagen p. op. lebhafte Schmerzen. Eisblase. Katheterismus war 8 Tage lang nöthig, doch bestand kein Tenesmus vesicae. Pat. verließ nach 3 Wochen das Bett, worauf das bis dahin beibehaltene Pessar entfernt wurde. Nach und nach schwanden alle örtlichen Beschwerden; die Menstruation stellte sich ganz

schmerzfrei ein und dauerte, gegen früher über 1 Woche, nur 4 Tage bei geringem Blutverlust. Nach $^1/_4$ Jahr fand sich der Uterus normal antevertirt, ganz klein, trotz der Antefixation nach den Seiten und nach oben gut beweglich. Pat. hat bedeutend an Körpergewicht zugenommen und sieht blühend aus. In Folge des Todes der Mutter und gewisser Sorgen für die Zukunft ist sie gemüthlich immer noch etwas gedrückt und ihr seit Langem erschüttertes Nervensystem noch nicht gehörig gekräftigt, wesshalb ihr angerathen wurde, noch eine Kaltwasserkur durchzumachen.

Sämmtliche örtliche Beschwerden sind aber dauernd geschwunden: Pat. trägt kein Pessar, sie braucht nicht mehr explorirt zu werden, ein Resultat, welches ohne jede Verstümmelung der Sexualorgane erreicht worden ist.

7) Mein zweiter Fall von reiner Ventro-fixatio uteri retroflexi betrifft dieselbe Pat., an welcher ich schon die Alquié-Alexander'sche Operation ausgeführt hatte (s. p. 19). Da diese ihr keine Nachvornlagerung ihres Uterus eingebracht hatte, so bestanden die früheren Beschwerden weiter. Sicherlich würde sich die sehr intelligente Frau nicht abermals in der Klinik eingefunden haben, um sich der weiteren, gefährlicheren Operation, von der sie unter ihrem früheren Aufenthalt vernommen hatte, zu unterwerfen, wenn sie nicht der dringende Wunsch und die Hoffnung beseelte, von ihren Leiden endlich definitiv befreit zu werden, das sie zu halber Arbeitsunfähigkeit verurtheilte und keinen Augenblick frei von Schmerzen ließ. Nochmals verwandte ich $1^1/_2$ Wochen zu einem Versuche mit den verschiedensten Pessarien. Der etwas vergrößerte Uterus ließ sich, nach entleerter Blase, ganz leicht antevertiren und lag dann der dünnen vorderen Bauchwand so dicht an, dass diese bei Druck gegen die Vaginalportion durch den Fundus uteri sichtbar emporgehoben wurde. Der Uterus sank immer wieder rückwärts. So entschloss

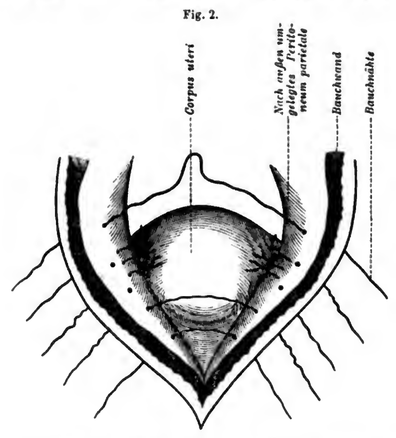
Fig. 1.



ich mich endlich zur Ventro-fixatio uteri. Ich glaubte mit einem ganz kleinen Bauchschnitt auskommen zu können; ein Assistent sollte mir dann von unten her den Fundus uteri entgegendrängen und dachte ich dann die Annähung zu bewerkstelligen, ohne in die Bauchhöhle weiter eindringen zu müssen. Dieser Plan ließ sich aber leider nicht verwirklichen. Der Fundus uteri war von Därmen überlagert, die sich nicht ohne Weiteres bei Seite schieben ließen. (Vgl. hierzu den Vorschlag von Caneva p. 40.) Der Bauchschnitt musste auf ca. 10 cm verlängert werden: dann gelang es leicht, die Darmschlingen durch eine Mullserviette und 2 Schwämme vom Uterus abzuhalten. Durch beiderseits je 3 Silkwormsuturen wurden darauf die Ligamenta rotunda und lata dicht an der Seitenkante des Uterus an die vordere Bauchwand angenäht, so dass derselbe auf eine Strecke von 2 cm mit letzterer vereinigt war und zwischen ihm und der Blase nur ein spaltartiger Raum bestand. Auf die geschlossene Bauchwunde kam ein dünner Jodoformgazeheftpflasterverband. In der Scheide wurde vorläufig ein Hartgummi-Hodgepessar belassen. Der Verlauf gestaltete sich vollkommen reaktionslos. 2 Tage vor der Entlassung, 3. Januar 1888, wurde das Pessar entfernt. Der wie schwebend an die

vordere Bauchwand befestigte Uterus war sehr klein geworden, ließ sich nach oben und selbst nach den Seiten ganz gut bewegen, wobei der Fundus uteri sichtbar die Bauchdecken emporhob. Alle subjektiven Beschwerden waren geschwunden.

Fig. 2.



(Vgl. hierzu Fig. 1. Uterus von der Seite. eine Sutur durch das Lig. rot., 2 durch die vordere Lamelle des Lig. latum geführt. Fig. 2, die 3 geknoteten Suturen in situ.)

Sämmtliche 7 hier geschilderte Fälle von Ventro-fixatio uteri retroflexi sind genesen. In den Fällen 1—5 bildete die Kastration die Hauptoperation, die Annähung der Ligaturstümpfe an die vordere Bauchwand eine Nebenoperation, welche ich, gewitzigt durch den p. 18 beschriebenen Fall, seit $1^1/_2$ Jahren stets vornahm, wo ich eine Adnexerkrankung mit Retroflexio uteri kombinirt fand, mit dem Erfolge, dass ich Fortbestand von Symptomen und Beschwerden, wie sie auch nach der Kastration wegen Fortdauer der Retroflexio recht gewöhnlich sind, nicht mehr beobachtet habe.

Die Ventrofixatio uteri retroflexi als Nachoperation der Kastration hat eigentlich niemals eine Beanstandung erfahren, scheint aber den wenigen zur Veröffentlichung gekommenen Fällen nach zu urtheilen, doch nicht oft angewandt worden zu sein. Hegar z. B. hebt wohl hervor, dass der Erfolg einer Kastration bei Retroflexio uteri problematisch sein kann, wenn diese hochgradig sei und mit bedeutenden Strukturänderungen, Zerrung, Knickung und Kompression der Nerven an der Umbeugungsstelle einhergehe und fährt dann fort: »man hat daher hier zu Hilfsoperationen gegriffen und den Ovarialstiel zur dauernden Reposition in die Bauchdecken eingenäht, auch wohl diese allein intendirt und nur ein Ovarium entfernt, um dessen Verbindungen zur Fixirung des Uterus zu benutzen« (Der Zusammenhang der Ge-

schlechtskrankheiten mit nervösen Leiden etc. 1885, Enke, p. 52). Demnach hat er selbst nicht Anlass gehabt, oder genommen, die letztere auszuführen; man darf aber aus seiner Bemerkung entnehmen, dass er sie billigt. Auch Fritsch weist darauf hin, dass »versucht werden müsse bei den Kastrationen auch den Uterus richtig zu lagern« (Handbuch der Frauenkrankh. Bd. I, p. 767), scheint dies aber selbst noch nicht ausgeführt zu haben. Es geht gewiss auch hier zu, wie so oft, dass man ein neues Verfahren, wie das von Koeberlé, den wir als den Urheber der künstlichen Ventrofixation des Uterus ansehen müssen, überall citirt, nichts Besonderes dagegen vorzubringen weiß, es aber doch nicht allgemein anwendet. Wenn nun aber ausgemacht ist, dass ein Uterinleiden, wie die Retroflexio auch nach Entfernung sei es der gesunden oder kranken Adnexe fortbestehen kann, so hat man gewiss die Verpflichtung dem vorzubeugen und man vermag dieses durch Vornahme der Ventrofixation. Ich möchte daher einer regelmäßigen Ausführung dieser Operation im Anschluss an die Kastration (Ovariotomia unilateralis, duplex) das Wort reden in allen Fällen, wo zugleich eine fixirte oder nicht fixirte Retroflexio uteri besteht, deren Fortbestand man sonst zu fürchten Grund hat. Die der Retroflexio zukommenden Symptome als: Kreuz-Rückenschmerzen, Blutungen, Tenesmus uteri, Erschwerung der Defäkation etc. lassen sich von den Symptomen der begleitenden Erkrankungen meist deutlich aussondern.

Ich habe an betreffender Stelle bereits hervorgehoben, dass es sich in meinen beiden letzten Fällen von reiner Ventro-fixatio uteri retroflexi nicht um adhärente, sondern um frei bewegliche Uteri handelte. Da nun gerade Olshausen sein Verfahren nur auf Fälle von Retroflexio uteri fixati beschränkt wissen will, da auch B. S. Schultze in einem jüngst erschienenen Aufsatze, worin er seine bekannte Methode der Lösung peritonealer Adhäsionen aufs Neue erklärt und vertheidigt, sich nur auf solche Fälle bezieht[3], so fühle ich mich gedrungen, mein Vorgehen auch zu begründen.

Eine nicht fixirte Retroflexio kann gewiss eben so viele, ja u. U. mehr Symptome und Beschwerden hervorrufen, wie eine fixirte. Gerade bei der nicht fixirten Retroflexio wird die Unmöglichkeit, Heilung herbeizuführen, die Unannehmlichkeit aus einer nutzlosen, aber immer wieder aufgenommenen örtlichen Behandlung herauszukommen, in betreffenden Fällen schmerzlich empfunden. In wie viel Fällen man sich dann schließlich doch begnügen muss, den Uterus

[3] S. Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. Bd. XIV, Hft. 1. p. 42. Der Satz: »Wenn eine Frau durch Retroflexion ihrer Arbeitsfähigkeit, oder ihres Lebensgenusses, je nachdem ihr Beruf ist, vollständig verlustig ist, und die Retroflexion anders nicht zu heben ist, werde ich auch die Eröffnung des Peritoneum, um die Retroflexion zu beseitigen, für gerechtfertigt halten«, bezieht sich dem Sinne des Zusammenhanges nach nur auf Fälle von fixirter Retroflexio.

in seiner falschen Lage zu belassen, trotz Fortdauer der Beschwerden, das zeigen die Statistiken von Löhlein, Mundé, B. Fränkel und mir recht deutlich.

Bei der fixirten Retroflexio ist aber eben die Ursache der Fixation, die Entzündung und ihre Folgen, meist wichtiger als die Retroflexio. Die dadurch bedingten Beschwerden können genau die gleichen sein, als bei fixirter Anteversio, wie die bekannten Fälle von Klotz (Innsbruck) beweisen. Kaum jemals wird es vorkommen, dass die Entzündung auf die Serosa der Hinterwand des Uterus beschränkt blieb, ganz gewöhnlich ist auch noch Perioophoritis, Perisalpingitis und Salpingitis vorhanden: die Operation, wenn sie auch mit Ventrofixation abgeschlossen wird, gipfelt dann doch wohl immer in der Lösung der entzündlichen Verwachsungen und in der Kastration. Anders in Fällen von Retroflexio uteri mobilis mit schweren örtlichen und allgemeinen Beschwerden, Descensus eines oder beider Ovarien, Metro-Endometritis, starken Blutungen, Dysmenorrhoe, den verschiedensten hysterischen Neurosen etc., hier, wo sonst die Kastration in Frage kommen könnte, vermag die einfache Ventrofixation des Uterus dauernd Hilfe zu schaffen. So hat mein erster Fall derart (Fall 6, Frl. Öh.) vielfach überraschende Ähnlichkeit mit einem Falle von E. Börner (Wiener med. Wochenschrift 1880 No. 19, 20), welcher durch Kastration Heilung erzielte. Gab es die Ventrofixation nicht, so wäre meine Pat. sicherlich ebenfalls der Kastration unterzogen worden. Ich stehe daher nicht an, die Ventro-fixatio uteri mobilis für geeignete Fälle als eine eminent konservative Operation hinzustellen und ich ziehe einfach die Konsequenz aller hierher gehörigen Bestrebungen seit Koeberlé, indem ich zu ihren Gunsten wirke.

Ein Umstand, der weiterhin sehr ins Gewicht fällt, ist auch, dass die Operation bei beweglichem Uterus sehr viel einfacher, leichter und darum weniger eingreifend ist, als bei fixirtem Uterus.

Die ventrale Fixation des retroflektirten Uterus, sei es nach der älteren, oder nach der neueren, rationelleren und verlässlicheren Methode von Olshausen ist das bislang einzige direkt operative Verfahren, welches den Uterus in Anteversionsstellung zu erhalten geeignet ist. Obwohl sich nun gezeigt hat, dass die Einnähung auch nur eines Ligaturstumpfes in die Bauchwunde genügen kann, den Uterus vorn zu suspendiren, so ist dies für den beabsichtigten Zweck doch unzuverlässig; zudem kann die dadurch bewirkte künstliche Torsion des Uterus, kann die sich eventuell nach und nach herstellende strangartige Ausziehung der Verwachsungsstelle nicht ganz gleichgültig sein. Für alle Fälle entschieden vorzuziehen ist die solidere Olshausen'sche Methode der bilateral symmetrischen Annähung der Lig. rotunda (Cornua uteri) und Lig. lata dicht an der Seitenkante des Uterus unter — ich möchte das als wichtig besonders hervorheben — möglichst breitem Mitfassen des vorderen Blattes

der Lig. lata mit mindestens 2, für gewöhnlich mit 3 Suturen auf beiden Seiten, wozu Silkworm als das geeignetste Nahtmaterial erscheint.

Freilich haftet auch dieser Methode eine Hauptgefahr an, nämlich die Möglichkeit einer inneren Darmeinklemmung. Wenn man aber bei der Annähung des Uterus darauf hält, dass zwischen Uterus und (fast leerer) Blase nur ein geringer Abstand, nur ein schmaler Spalt bestehe, so ist diese Gefahr doch nicht gerade sehr zu fürchten. Dem Übelstand einer zu breiten Spaltbildung zwischen Uterus und Blase, mit der Nöthigung, die Fäden wieder aufzutrennen und tiefer unten anzunähen, entgeht man am besten dadurch, dass man nicht eher knüpft, als bis alle Fäden gelegt sind und man sich durch provisorisches Anziehen davon überzeugt hat, dass die richtige Distanz eingehalten werden kann. Der Uterus darf der Blase dicht aufliegen: bei stärkerer Füllung hebt ihn diese in die Höhe und weicht nach den Seiten hin aus. Die Gefahr einer Verletzung der Art. epigastr. inf. halte ich für nicht groß, da man bei der Naht sich wohl stets nach innen von ihr halten wird. Würde sie doch verletzt, ist die doppelte Unterbindung oder Umstechung leicht ausführbar.

Eine ideale Methode ist die ventrale Fixation des Uterus sicherlich nicht, eben desswegen, weil sie doch eine Fixation darstellt, während der normal gelagerte Uterus in Anteversion völlig beweglich sein soll. Indess zeigt sich, dass die Fixation auf die Dauer thatsächlich keine absolute ist, sondern dass der Uterus eine überraschend ausgiebige Beweglichkeit erlangen kann, ohne wieder rückwärts zu sinken. Ob dies auch Jahr und Tag der Fall sein wird, muss freilich erst die Zukunft ausweisen. Hinzutreten von Schwangerschaft würde gerade bei der Olshausen'schen Methode am wenigsten zu fürchten sein, da nicht der Uterus, sondern dessen Ligamente angenäht werden, ersterer somit in seiner Ausdehnungsfähigkeit nicht beschränkt wird. Das Misslichste ist, dass die Operation die Laparotomie erfordert, wodurch ihre Vornahme, trotz der Sicherheit der heutigen antiseptischen Vorkehrungen sich nur auf einzelne besonders dringliche Fälle beschränken muss. Dieser Umstand bewirkt es wohl in erster Linie, dass die Zahl der bisher zur Operation gekommenen Frauen im Verhältnis zur Gesammthäufigkeit der Retroflexio uteri (ca. $^1/_6$ aller gynäkologischen Fälle) eine verschwindend geringe ist. Und doch sind die bisherigen Resultate sehr ermunternd, den betretenen Weg weiter zu verfolgen, so dass man vielleicht dahin gelangt, die Ventrofixation nicht gerade so oft auszuführen, als es Kelly verlangt, aber doch etwas öfter als Olshausen und B. S. Schultze sie zulassen möchten. »Das Schicksal einer großen Reihe von gynäkologischen Verfahren, sagt Fritsch zurückhaltend und auf die Zukunft verweisend, hängt damit zusammen, ob wir es erreichen die Laparotomie zu einem ungefährlichen Eingriff zu machen. Sollte dies gelingen, und unmöglich ist es nicht, so würde die Koeberlé-

sche Operation weiter studirt werden müssen.« Angesichts des Umstandes, dass bis jetzt noch kein Todesfall danach bekannt geworden ist, darf diese Laparotomie, wenn von geübter Hand streng aseptisch ausgeführt, doch wohl heute schon als relativ ungefährlicher Eingriff, etwa gleich zu achten der einfachen »Probeincision«, angesehen werden.

Der Vorschlag Caneva's (s. Doran, Handbook of gynecol. operations, London, Churchill, 1887, p. 413), den Fundus uteri an die vordere Bauchwand anzunähen, ohne Eröffnung der Bauchhöhle, müsste auf seine gefahrlose Durchführbarkeit erst durch Untersuchungen an der Leiche geprüft werden. Wie riskant ein solches Verfahren sein kann, zeigt mein letzt operirter Fall (No. 7), wo selbst nach eröffneter Bauchhöhle das Beiseiteschieben der Intestina Schwierigkeiten bereitete.

Noch immer ist also nach einer Methode der operativen Behandlung auch der weniger schweren Fälle von Retroflexio uteri zu suchen und habe ich schon früher die Meinung geäußert, dass dies durch Inangriffnahme der Lig. suspens. ut. postica von der Scheide her am ehesten erwartet werden dürfe, wenigstens für die Retroversionen: quere Spaltung des hinteren Scheidengewölbes dicht am Collum (vielleicht durch Paquelin) und Verkürzung dieser Bänder, oder Eröffnung des Douglas'schen Raumes und Tamponade durch Jodoformgaze bis zur Bildung einer aseptischen adhäsiven Entzündung mit darauffolgender Rückwärtsziehung des Collum — in Nachahmung der Fälle von Spontanheilung der Retroversio durch Dazwischenkunft von Parametritis posterior und Pelviperitonitis spatii Douglasii — würden zu versuchen sein. Erst vor Kurzen beobachtete ich abermals einen derartigen Fall: ein etwas zu groß gewähltes Hodgepessar bewirkte im hinteren Scheidengewölbe eine schmale Decubitusrinne. Es schloss sich eine leichte Entzündung des retrocervicalen Bindegewebes und der Douglasfalten an, nach deren Ablauf der vorher retroflektirte große Uterus sich in Anteversion stellte und ohne Pessar verblieb, um nach einiger Zeit, da die entzündliche Schrumpfung des Gewebes wieder einer Dehnung Platz gemacht hatte, abermals rückwärts zu sinken.

Auch an Alkoholinjektionen in das retrocervicale Gewebe und in die Douglasfalten wäre zu denken.

Ähnliche Ideen sind kürzlich auch von B. S. Schultze geäußert worden (eod. loco, Zeitschr. f. Gyn. u. Gebh. Bd. XIV, Hft. 1): er würde, wenn es nicht anginge, den adhärenten Uterus unblutig aus seinen Befestigungen zu lösen, es »vorziehen, das Peritoneum vom hinteren Scheidengewölbe aus quer zu eröffnen und nach Lösung des Uterus und eventuell der Ovarien und Reposition derselben das Peritoneum des Douglas'schen Raumes und des hinteren Scheidengewölbes durch Anlegung der Suturen derart verkürzen, dass die Vaginalportion hinten im Becken zu stehen genöthigt wird«. Auch auf eine in meinem früheren Vortrag schon angezogene Kombination der

Alquié-Alexander'schen Operation mit künstlicher Verkürzung der Ligam. uteri postica weist B. S. Schultze an betreffender Stelle hin.

Auf das vorher antevertirte Corpus uteri könnte man direkt Einwirkung auch gewinnen durch quere Spaltung des vorderen Scheidengewölbes, Eröffnung der Plica periton. ant. und Befestigung des Corpus uteri mittels Silberdraht an die Scheide, deren Wunde dann sagittal vereinigt würde, wodurch das Collum gleichfalls weiter nach hinten in seine normale Stellung gedrängt würde, oder durch Einführung des Zeigefingers in den (vorher erweiterten) Uterus, Durchlegung einer Silberdrahtschleife vom vorderen Scheidengewölbe aus ohne Eröffnung desselben — Ideen, an deren praktische Ausführung ich allerdings noch nicht herangetreten bin.

Sicherlich gehört die Förderung der Frage von der operativen Behandlung der Retrodeviationen des Uterus in dem Eingangs meines Vortrages dargelegten Sinne zu den nothwendigen, aber auch Dank und Erfolg versprechenden Aufgaben der heutigen Gynäkologie.

Zu den bisher geübten Methoden der Ventrofixatio uteri retroflexi ist inzwischen (s. Sitzungsber. d. gynäkol. Gesellsch. zu Dresden vom 6. Oktob. 1887, Centralbl. für Gynäkol. 1888 No. 1) noch eine weitere von Klotz gekommen, die derselbe in der stattlichen Anzahl von 17 Fällen angewandt hat. Herr Dr. Klotz hatte die Güte, mir, auf eine Anfrage nach gewissen Details hin, das für die Veröffentlichung bestimmte Manuskript seines Vortrages zur Einsichtnahme zu senden. Es geht daraus hervor, dass auch er sich schon seit Jahren mit operativen Versuchen zur Antefixation des Uterus beschäftigte. Mit der unblutigen Trennung retrouteriner Adhäsionen nicht so glücklich wie B. S. Schultze, wandte er sich seit 1883 bei Gelegenheit von Laparotomien der direkten Lösung der Verwachsungen zu und versuchte den Uterus durch Annähung des Fundus, der Cornua an die Bauchwand zu fixiren, »mit totalem Misserfolg«. Dann befestigte er nach vorausgeschickter Kastration — nur ein Mal bei gesunden Adnexen« — »die Tube oder den Ovarialstiel in die Bauchwunde«, mit dem Ergebnis, dass in 6 Fällen der Uterus in situ blieb und atrophirte, während in 6 anderen Fällen, worunter einer mit Abtragung nur eines Ovarium, dies nicht geschah und wieder Retroflexio eintrat. Dann gelangte Klotz zu seinem jetzigen Verfahren, nachdem er einen Fall erlebt hatte, wobei die Pat. in Folge inneren Blutergusses gleich nach der Operation lebensgefährlich erkrankt war. »Nach vollkommener, sorgfältiger Lösung aller Adhäsionen des Uterus, der Ovarien und der Tuben wird eine Tube oder ein Ovarialstiel in die Bauchwunde eingenäht und der Uterus noch weiter durch einen $1^1/_2$ cm dicken Glasdrain, der bis auf den Boden des Douglas hinabreicht, 3—4 Wochen lang fixirt.« Hinsichtlich der Begründung dieser in 17 Fällen ausnahmslos geübten Drainage und der Vortheile, welche Klotz davon herleitet, sei auf

den Bericht im Centralblatt verwiesen. Trotzdem es sich stets um ausgedehnte Adhäsionen auch der Uterusadnexe handelte, wurde doch nur 3mal die Kastration vorgenommen. Alle Fälle sind aseptisch geheilt. In einem Falle musste 4 Monate lang mit Stift und Pessar nachbehandelt werden, dann blieb der Uterus antevertirt. 14 Fälle stehen noch unter steter Kontrolle; bei zweien zeigte sich 4 Monate p. o. der Uterus losgelöst und retrovertirt; ein Pessar korrigirte aber jetzt die Falschlage ohne Beschwerden.

Die Fixationsversuche von Klotz scheiterten, wie mir däucht, an der Unzulänglichkeit der Befestigungsart. Man kann gewiss nur dann erwarten, dass der ventro-fixirte Uterus ohne weitere Stütze in situ bleibe, wenn beiderseits mindestens 2—3 Suturen von nicht resorbirbarem Material (am geeignetsten Silkworm) in der geschilderten Weise durchgelegt und versenkt wurden.

Die Annähung des Fundus, der Cornua uteri habe auch ich als irrationell nie geübt und nicht befürwortet. Die Einnähung einer Tube, eines Ovarialstieles in die Bauchwunde aber, wie sie Klotz auch in seinen 17 Drainagefällen geübt hat, würde für sich ganz allein ungenügend sein, was er selbst zugiebt. Es frägt sich daher, ob diese Drainage ein geeignetes Mittel sei, jene lockere Antefixation zu verstärken. Ich glaube, dass ihr erhebliche Bedenken entgegenstehen, wie auch Korn in der Diskussion zu dem Vortrage von Klotz hervorgehoben hat. Ich bin, wie wohl die meisten deutschen Gynäkologen, ein principieller Gegner der von Lawson Tait, dessen Anschauungen und Gepflogenheiten ja bekannt sind, in dieser früher nicht üblichen Ausdehnung eingeführten Drainage der Bauchhöhle. Wir erachten es gerade als eine der werthvollsten Errungenschaften unserer heutigen Laparotomietechnik, dass wir bei Innehaltung einer strengen und doch einfachen Asepsis verbunden mit sorgfältiger Blutstillung die volle Schließung der Bauchhöhle erzielen können mit Einschränkung der Drainage auf ganz seltene Ausnahmefälle. Wird aber der Uterus, wie nach der Olshausen'schen Methode, in solider Weise an die vordere Bauchwand geheftet, so bedarf er keiner weiteren intraperitonealen Stütze. Es genügt völlig bis zur beendeten Wundheilung, also 2—3 Wochen, noch ein Pessar tragen zu lassen, um Zerrung an den Nahtstellen zu vermeiden. Trotz der Drainstütze ist der Uterus in den 17 Fällen von Klotz 3mal, wohl durch Narbenkontraktion an seiner Hinterwand und Lösung der Antefixation, wieder rückwärts gezogen worden, so dass aufs Neue von unten her gegen ihn vorgegangen werden musste, ein Beweis, wie schwach einerseits die ventrale Befestigung gewesen und wie andererseits die künstlich gesteigerte Verwachsung der ganzen Rückwand des Uterus mit der Umgebung das Übergewicht bekommen kann. Während unser Bestreben doch sicherlich dahin gehen muss, den Uterus unter möglichst geringer Ausdehnung der Verwachsungen nach vorn zu fixiren, bewirkt das Klotz'sche Verfahren eine Ausbreitung der gar erst gelösten Adhäsionen über den Grund und die

ganze Hinterwand des Uterus weg, welche diesen dadurch mehr an die Darmschlingen und an die Serosa des Douglas befestigt, denn an die vordere Bauchwand, von den Gefahren, Unannehmlichkeiten, Belästigungen der Drainagebehandlung ganz zu geschweigen: der Drain soll täglich um seine Achse gedreht, häufig herausgenommen und durch andere ersetzt werden, 3—4 Wochen lang, während ein nach der Koeberlé-Olshausen'schen Methode behandelter Fall in der halben Zeit heilt unter einem einzigen Verband.

Die einzige Gelegenheit, wobei ich mich allenfalls zur Drainage entschließen könnte, wäre gegeben, wenn es sich um schwer stillbare Flächenblutung aus Adhäsionen handelte, wie in dem Falle, der Klotz auf sein Verfahren brachte. Als ein gutes Mittel, sonst der Blutung Herr zu werden, erscheint mir gerade die Kastration, welche Klotz möglichst zu meiden trachtet: muss man die Uterusadnexe mühsam aus Adhäsionen herausschälen, dann sind sie wohl immer auch derart erkrankt, dass sich ihre Entfernung mitsammt blutenden Verwachsungsflächen empfiehlt, wodurch zugleich die Blutzufuhr aus den Spermaticalgefäßen aufgehoben wird.

Bei aller Verschiedenheit in der Auffassung technischer Fragen, welche mich zu meinen Einwänden veranlasste, muss Klotz aber rühmend zuerkannt werden, dass er konsequent und energisch vorging, dass er seine sämmtlichen Fälle zu aseptischer Heilung brachte, wodurch er wesentlich dazu beiträgt, der noch wenig geübten Ventrofixation des Uterus zu weiterer Ausbreitung zu verhelfen und zu einer Diskussion über obschwebende Verschiedenheiten der Anschauungen Anregung zu geben.

Kasuistik.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

Sitzung vom 18. April 1887.

Vorsitzender: Herr Sänger, Schriftführer: Herr Sachse.

I. Begrüßung des vorerst als Gast inmitten der Gesellschaft erschienenen neuen Direktors der Universitäts-Frauenklinik, Herrn Prof. Zweifel, durch den Vorsitzenden.

II. Herr Hennig: Bericht über die Schröder-Gedächtnisfeier in Berlin.

III. Herr Sänger: Über operative Behandlung der Retroversioflexio uteri.

(Der Vortrag ist in voriger und dieser Nummer des Centralblattes ausführlich mitgetheilt.)

Diskussion: Herr Landerer frägt, ob die Anheftung des Uterus an die Bauchwand auch von Dauer sei, dann ob es nicht besser wäre, den Uterus gleich mit der Blase zu vereinigen.

Herr Sänger: Ersteres müsse sich allerdings für längere Zeiträume erst ausweisen, da aber in seinen ersten beiden Fällen, wobei doch nur ein Ligaturstumpf in die Bauchwunde eingenäht worden sei, der Uterus nun schon über ein Jahr in der Normallage verharre, so müssten für die Erhaltung dieser noch andere Faktoren wirksam sein: wie Verkleinerung des Uterus, Erstarkung der Ligam. suspens. post., intraabdominaler Druck etc. Von der Antefixation nach Olshausen könne aber

noch weit mehr Dauerhaftigkeit erwartet werden. Den Uterus der Blase aufzunähen, sei gewiss nicht angänglich, wenn man nur bedenke, welch erhebliche Beschwerden durch die bloße Einstülpung der hinteren Blasenwand bei Anteflexio uteri zuweilen beobachtet würden.

Herr Zweifel theilt seine Erfahrungen hinsichtlich der Haltbarkeit von Einnähungen des Uterus, resp. von Uterusstümpfen in die Bauchwunde mit. In einem 1879 nach der Koeberlé-Péan'schen Methode ausgeführten Fall von supravaginaler Amputation des myomatösen Uterus löste sich der Stumpf schon nach 3 Wochen wieder völlig los. Dessgleichen in einem zweiten Fall, wobei gleichzeitig Prolaps bestanden hatte, hier erst nach eingetretener Vernarbung.

Herr Landerer bemerkt zur Illustration der Wiederlösung von Verwachsungen mit der Bauchwand, dass dies selbst nach Herniotomien mit dem nach brandiger Abstoßung angelötheten Darm der Fall sein könne.

Herr von Tischendorf hat 2 Operationen nach Alexander-Adams ausgeführt mit ungenügendem Resultat. In dem einen Falle gelang die Aufsuchung und Resektion des Ligam. rotundum nur auf einer Seite; in dem zweiten Falle sank der Uterus alsbald wieder nach rückwärts.

Demonstrationen.

Herr Weber: Uterus, an welchem 5 Tage vorher der Kaiserschnitt vorgenommen wurde. Wunde durchweg verklebt. (S. nähere Beschreibung durch Zweifel, Arch. f. Gynäk. Bd. XXX, Hft. 2.)

Herr Sänger: 1) Cysto-carcinoma ovarii duplex mit breiter Durchbrechung der Cystenwand durch die Krebsmassen. (Genesung von der Operation.)

2) Pyosalpinx gonorrhoica (?) duplex. Die linke Tube zu einem zweifingerstarken Schlauch ausgedehnt, die rechte noch etwas stärker und in der Pars abdominalis zu einem apfelgroßen Sack ausgedehnt. (Heilung.)

Sitzung vom 16. Mai 1887.

I. Vorstandswahl: Erster Vorsitzender: Herr Zweifel, zweiter Vorsitzender: Herr Sänger, Schriftführer: Herr Sachse, Kassirer: Herr Clarus.

II. Bericht des zur Revision der seit 1854 gültigen Vereinsstatuten niedergesetzten Ausschusses, bestehend aus den Herren: Credé, Kreußler, Sänger. Referent: Herr Sänger. Durchberathung der revidirten Statuten.

Herr von Tischendorf: Demonstration eines Darmpräparates mit angeborener Atresie des Ileum.

Das Präparat zeigt den ganzen Verdauungskanal eines im Alter von 3 Wochen verstorbenen Kindes; Magen und oberer Theil des Dünndarms sind von normalem Aussehen, bis letzterer im weiteren Verlaufe sich mehr und mehr ausgedehnt zeigt und endlich einen ca. 20 cm langen und bis zu 14 cm Umfang betragenden, blind endigenden Sack bildet, in dessen gerader Fortsetzung alsdann der fernere Theil des Dünndarms sich anschließt, welcher völlig leer und kontrahirt nur bindfadendünn ist und ziemlich stark gewunden erscheint. Das Coecum mit dem wurmförmigen Fortsatz und der ganze Dickdarm bis zum After sind eben so zusammengezogen, der Dickdarm hat etwa den Umfang eines mäßig großen Spulwurms. An der erweiterten Stelle im Dünndarm sieht man eine operativ angelegte Darmfistel. Die Stelle, an welcher das Darmlumen völlig verschlossen ist, oberhalb deren sich die weite sackförmige Ausdehnung des Darmes und unterhalb deren das so dünne und absolut leere Stück desselben sich befindet, ist eine anscheinend narbige, kurze Verwachsungsstelle und liegt etwa 25 cm oberhalb der Ileocoecalklappe, befindet sich also in einer Gegend, wo in der fötalen Lebensperiode der Ductus omphalomesaraicus abgeht. Dieses letztere Moment erscheint wesentlich zur Erklärung des Entstehens dieser außerordentlich seltenen Atresie. Ähnlich wie bei Fortbestand des Ductus omphalomesaraicus als Meckel'sches Divertikel mit Ausmündung desselben im Nabel der untere Darmabschnitt völlig atrophisch gefunden wird, so ist es hier bei dem völligen Darmverschluss an dieser selben Stelle. Es ist wohl anzunehmen, dass zur Zeit der Rückbildung jener fötalen Kommunikation zwischen

Ileum und Nabelblase lokale Entzündungen stattgefunden und zur Verwachsung der betreffenden Stelle, somit zur Atresie des Ileum geführt haben.

Weiteres Interesse hat jedoch auch der klinische Verlauf des Falles geboten.

Das neugeborene, völlig ausgetragene, jedoch etwas schwächliche Kind hatte bis zum 6. Lebenstage keinerlei Darmausleerungen gehabt und hatte alle ihm gereichte Milch alsbald wieder erbrochen, auch schon meconiumartiges Erbrechen (Ileus) hatte sich gezeigt, als es dem Vortr. zur Behandlung überwiesen wurde. Anfangs wurde eine Atresia ani vermuthet, wie sie ja nicht selten angeboren vorkommt, da jedoch der in den Anus eingeführte kleine Finger auf kein deutliches Hindernis stieß, so musste angenommen werden, dass ein solches höher als gewöhnlich sitze. Dennoch schien die verschlossene Stelle nicht etwa oberhalb des Dickdarmbereiches zu liegen, weil bei dem Versuche, Klystiere zu geben, nicht einmal 15 ccm Flüssigkeit sich einspritzen ließen. Dieses beweist jedoch die Unzulänglichkeit dieser Probe, wie sich später an dem herausgenommenen Darmpräparat nachweisen ließ. Das Wasser war wohl bis zur Bauhini'schen Klappe vorgedrungen, aber der so enorm dünne Dickdarm nahm überhaupt nicht mehr als ca. 10 ccm Flüssigkeit in seinem Lumen auf, wie sich jetzt noch am Präparat zeigen lässt.

Um dem sonst aussichtslos verlorenen Kinde möglicherweise noch das Leben zu fristen, wurde von den Angehörigen dringend eine Operation gewünscht, zu der sich Vortr. auch trotz des hoffnungslosen Zustandes entschloss. Es wurde links von der Linea alba, ungefähr in der Höhe des Nabels eine ca. 3 cm lange Längsincision des Bauches gemacht, von der aus der untersuchende eingeführte Finger den ganzen Dickdarm abtasten konnte, ohne auf eine Striktur und folgende Erweiterung desselben zu kommen. In der Wunde vorliegende Dünndarmschlingen waren dilatirt und bläulichroth, andere Dünndarmschlingen zeigten sich wie oben beschrieben bindfadendünn, die Striktur musste also im Ileum liegen. Die dünnen Schlingen wurden nun allmählich aus der Wunde vorgezogen, um so zu der einengenden Stelle zu gelangen, was sich aber nicht bis zum Ende hin ausführen ließ, da dem Zug sich stärkerer Widerstand entgegensetzte. Der untersuchende Finger konstatirte nur noch das Vorhandensein jenes weiten Sackes und um die Operation nicht übermäßig zu verlängern, wurde eine der dem Sacke, welcher sich selbst nicht bis in die Wunde bringen ließ, zunächst gelegenen weiten Dünndarmschlingen in die Bauchwunde eingenäht und ein künstlicher After angelegt. Aus demselben entleerten sich dann sofort reichliche Meconiummassen und wurden solche mittels eingeleiteten Wassers in großer Menge ausgespült.

Die Operation, die wegen der großen Kleinheit der kindlichen Verhältnisse äußerst minutiös und mühsam war, erforderte nahezu 2 Stunden Zeit; das 6 Tage alte Kind, welches beim Schreien den Leib enorm angespannt haben würde, musste während dieser 2 Stunden chloroformirt werden, vertrug jedoch die gesammten Manipulationen (Desinfektion mit Sublimat) wunderbar gut. $^1/_2$ Stunde nach der Operation wurde ihm Milch gereicht, die es zum ersten Mal bei sich behielt, und von Stund an trat kein Erbrechen mehr ein, während die Darmfistel gut funktionirte und die Wunde heilte.

Im Verlauf der zweitfolgenden Woche trat jedoch wieder Verfall der Kräfte ein, zumal da das Kind keine Muttermilch erhalten konnte und sich Soor im Munde bildete. 14 Tage nach der Operation starb es an Atrophie, nachdem die Operation mehr geleistet hatte, als von vorn herein von ihr erwartet wurde. Der Fall beweist, dass solche scheinbar hoffnungslose Fälle doch die Möglichkeit einer Heilung auf operativem Wege nicht absolut ausschließen, und dass es angezeigt erscheint, in jedem Falle von angeborener Atresie eine ähnliche Behandlung wie hier einzuschlagen. Selbstverständlich würde ja mit der Enterostomie noch keine definitive Heilung erzielt sein, sondern es würde z. B. im vorliegenden Falle, falls das Kind weiterhin am Leben geblieben wäre, eine zweite größere Operation nothwendig geworden sein. Ob es zweckmäßig erschienen wäre, eine Resektion des betreffenden Darmstückes vorzunehmen, oder ob vielleicht besser eine Enterocolostomie oder Enteroenterostomie auszuführen wäre, wie sie von v. Adelmann vorgeschla-

gen ist, würde nach den Verhältnissen des einzelnen Falles zu entscheiden sein. Im Allgemeinen würde es von Wichtigkeit sein, eine derartige Operation lieber zu einem früheren, als zu einem späteren Zeitpunkt auszuführen, damit nicht der an und für sich atrophische untere Darmabschnitt völliger Atrophie und etwaiger weiterer Obliteration anheimfalle, wenn gar keine Darmingesta denselben passiren. Wenn diese Befürchtung auch bei Erwachsenen, wo nach Anlegung eines künstlichen Afters ein Darmstück außer Thätigkeit gesetzt worden ist, nicht nahe liegt, so könnte doch bei Neugeborenen in solchem Falle leicht eine ausgedehnte Obliteration des unthätigen Darmstückes eintreten. Was den Dickdarm betrifft, so könnte allerdings bei diesem durch regelmäßige, eventuell ernährende Klystiere einem derartigen Ereignis vorgebeugt werden.

Diskussion: Herr Hennig habe vor ca. 15 Jahren mit Herrn Credé zusammen einen ähnlichen Fall operirt, der in einer Dissertation veröffentlicht wurde.

Sitzung vom 20. Juni 1887.

Vorsitzender: Herr Zweifel, Schriftführer: Herr Sachse.

I. Zweite Lesung der revidirten Statuten und Genehmigung derselben.

II. Herr Sänger: Über Lawson Tait's neue Methode der Perineoplastik.

(Ausführlich veröffentlicht in der Sammlung klinischer Vorträge von v. Volkmann, No. 301, unter dem Titel: »Über Perineorrhaphie durch Spaltung des Septum rectovaginale und Lappenbildung«.)

Diskussion: Herr Zweifel: Jene Operation habe sich ihm so ausgezeichnet bewährt, dass er auf dem Gynäkologenkongress in München gelegentlich des Vortrages von Küstner gern davon gesprochen hätte. Die frühere Methode von Tait habe allerdings nur dem kompleten Dammriss gegolten. Er habe die Lappen von der Seite her mit dem Messer abgelöst und in schräger Richtung mit einander vernäht.

Herr Sänger hebt die wesentlichen Unterschiede hervor, welche zwischen dem früheren Verfahren Tait's und dem übrigens nicht von ihm allein herrührenden jetzigen bestünden. Die Anfrischung mittels Schere biete als Vortheile größere Schnelligkeit und Sicherheit vor Nebenverletzungen, auch des Operateurs, geringere Blutung.

Auf Herrn von Tischendorf's Frage, wie tief das Sept. recto-vag. zu spalten sei, erwiedert Herr S., dass dies bei kompleten Dammrissen um so tiefer zu geschehen habe, je größer der Defekt sei, damit der rectale Lappen möglichst groß ausfalle. Man spalte bis zu einer Tiefe von 1,5—2 cm.

III. Herr Zweifel: Die Lachgas-Sauerstoff-Narkose (mit Demonstration der Apparate). Vgl. die früheren Veröffentlichungen im Archiv für Gyn.

Diskussion: Herr Sänger: Sehr bedauerlich sei die Kostspieligkeit und Umständlichkeit dieser sonst so angenehmen Narkose. Vielleicht ließe sich beides für das praktische Bedürfnis mindern, wenn Techniker in der Stadt sich der Herstellung und Abgabe des Gasgemenges annähmen. Übrigens sei die so leicht zu handhabende und nicht so bald zu entbehrende Chloroformnarkose gerade bei Kreißenden relativ ungefährlicher als sonst. Unter sehr vielen Narkosen erinnere er sich eigentlich nur eines wirklich bedrohlichen, aber gut abgelaufenen Falles von Chloroformsynkope, der sicherlich nicht vorgekommen wäre, wenn er zur Leitung der Narkose einen Kollegen neben sich gehabt habe, was man auch bei geburtshilflichen Narkosen unter allen Umständen anstreben müsse. Frägt an, ob man auch längere geburtshilfliche Operationen unter Lachgas-Sauerstoffnarkose vornehmen könne.

Herr Zweifel: Er habe schwierige Zangenoperationen, Perforationen, Wendung, Extraktion und Placentarlösung an derselben Kreißenden unter Lachgas-Sauerstoffnarkose vorgenommen und sie genügend befunden. Der Preis der Narkose sei schon erheblich geringer geworden und werde noch niedriger werden, wenn sich der Gebrauch der Narkose mehr einbürgere. Dass sie vorläufig, abgesehen von Kliniken, in der Praxis divitum Verwendung finden könne, sei kein Grund zur Opposition gegen dieselbe. Es sei schließlich auch mit dem Chloroform bei

normalen Entbindungen nicht viel anders. Vor Allem sei sie entschieden die ungefährlichste Narkose, welche es gebe.

Herr Hennig: wie lange es bis zur Betäubung dauere?

Herr Zweifel: 5—7 Minuten.

Herr Fürst: ob Herzfehler Kontraindikation seien.

Herr Zweifel: es gebe gar keine Kontraindikation: so sei sie gerade bei Kindern, bei welchen am häufigsten Chloroformtod beobachtet worden wäre, besonders geeignet. Auch bei Hunden, welche bekanntlich Chloroform schlecht vertrügen, bewähre sich die Lachgas-Sauerstoffnarkose am besten.

IV. Demonstrationen.

Herr Fürst: 1) Kind mit Haematoma M. sterno-cleido-mastoidei.

2) Kind mit filamentöser Insertion eines Daumens. Breitbasige Anheilung.

3) Schilderung eines Falles von Vereiterung des Antrum Highmori nach Conjunctivitis gonorrhoica. Pyämie. Tod.

(Ausführliche Veröffentlichung an anderer Stelle.)

Herr Zweifel: 1) Zwei durch die vaginale Totalexstirpation entfernte Uteri mit Cervixcarcinom, wovon der eine Fall einen Uterus duplex betrifft. Die Kranken sind von der Operation glatt geheilt.

Herr Sänger bemerkt hierzu, dass bis jetzt nur ein von C. Huber an der Leiche beobachteter und kürzlich beschriebener Fall von Cervixcarcinom bei Uterus duplex bekannt sei.

2) durch Kastration entfernte Uterusadnexe, ebenfalls reaktionslose Heilung der betr. Frau.

---

2) Sitzungsbericht der St. Petersburger Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe vom 23. April 1887. Protokoll No. 12.

Vorsitzender: A. Krassovsky, Sekretär: J. Smolsky.

Dr. A. Samschin referirt einen Fall von Kaiserschnitt nach Sänger, der von Prof. Lebedjeff ausgeführt ist: Ipara, 34 Jahre alt, tritt in die Klinik kreißend; Becken allgemein verengt, platt, mit einer C. v. von 8 cm. Schädel in 2. Schädellage, beweglich über Beckeneingang; 26 Stunden nach Anfang der Geburtswehen wird ein Unregelmäßigwerden der Herzthätigkeit des Kindes bemerkt; im abgehenden Fruchtwasser lässt sich Meconium sehen; Kontraktionsring in der Regio umbilicalis: Kaiserschnitt, Operation dauert 1 Stunde und 10 Minuten; ein lebendes Mädchen von 2900 g wird zu Tage gebracht; im Operationsverlauf Fieber vom 1. Tage; am 5. Tage wird eine Pneumonia crouposa konstatirt. Die Temperatur zum 14. Tage normal; 11 Wochen nach der Operation stellten sich die Menstrua ein.

In den nachfolgenden Debatten kam die Wahl zwischen Wendung, Perforation und Kaiserschnitt wieder zur Tagesordnung, wobei jedoch zugegeben werden musste, dass eine endgültige Entscheidung auch heute noch verfrüht wäre.

Dr. D. Ott bespricht im Anschluss an 25 von ihm ausgeführte Laparotomien die antiseptischen Kautelen, unter denen er operirte. In Betreff des Spray, dessen Anhänger er ist, hat er Versuche angestellt, um darzuthun, in wie weit der Spraystrahl chemisch wirke. Der Sprayapparat wurde bald mit sterilisirtem Wasser, bald mit 5%iger Karbollösung gespeist; unter und neben dem Strahl wurden Agar-Agar-Gläser 2 Stunden lang gehalten; im ersteren Falle waren fast alle Gläser inficirt, im zweiten jedoch blieben die meisten Gläser bakterienfrei — mithin sei die chemische Wirkung des Spray erwiesen. Von 27 operirten Kranken hat Ref. 3 verloren, wobei jedoch die Sepsis augenscheinlich keine Rolle spielte.

Prof. A. Lebedjeff bemerkt hierzu, dass die Experimente des Ref. eine Wiederholung derjenigen von Pavlik seien, welche sie nur bekräftigen; andererseits sei es wünschenswerth, mit parallelen Experimenten auch die mechanische Wirkung des Spray zu beurkunden; vor und nach der Spraywirkung aufgestellte Agar-Agar-Gläser könnten dafür einigen Aufschluss geben.

Prof. Krassovsky, ein Gegner des Spray, machte auf die Schädlichkeiten aufmerksam, welche der Karbolspray auf Kranke und Operateur ausübe.

G. Runge (St. Petersburg).

3) **Riedinger** (Brünn). Bericht über die in der Brünner Gebäranstalt vom Juli 1883 bis Ende December 1886 ausgeführten Laparotomien.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. VIII.)

Dieser Bericht umfasst 7 Ovariotomien, von denen eine bei Carcinoma ovarii unvollendet blieb, die übrigen genasen; 8 Amputationen des Uterus, davon eine bei Kystom des Eierstocks und inniger Verbindung mit dem Uterus, und eine wegen Sarkom des Uterusfundus, mit 2 Todesfällen. Ferner 4 Fälle von Porrooperation, von denen 2 mit Zwillingsschwangerschaft komplicirt waren. Alle mit Genesung endend. R. führt an, dass sämmtliche nach Sänger's Methode operirten letalen Fälle inter partum erkrankt waren und folgert weiter, dass die inter partum erkrankt zur Operation gekommenen sämmtlich erlegen sind, während durch die Porrooperation von den vorher erkrankten Müttern noch 25% gerettet werden und empfiehlt R. daher für diese Fälle die Porrooperation.

Bei Myomoperation, so wie bei den Kaiserschnitten, hat R. den Stumpf extraperitoneal behandelt. Derselbe wurde mit starken Drainröhren ligirt und mit oberhalb gelegten Lanzennadeln fixirt.

Wilhelm Fischel (Prag).

4) **Wasseige.** Chorea während der Schwangerschaft, Accouchement forcé.

(Bulletin de l'Acad. royale de méd. de Belgique 1887. No. 4.)

Eine 23jährige Frau, die stets gesund gewesen war, befand sich im 7. Monat ihrer ersten Schwangerschaft, die bis dahin fast ohne alle Beschwerden verlief. Als ihr eines Tags im Dunkeln ein Hund entgegensprang, fiel sie in Ohnmacht, und als sie aus derselben erwachte, zeigten sich Kontraktionen der Gesichts- und der Zungenmuskeln, dass sie kaum sprechen konnte. Einige Tage später wurde sie von choreaartigen Zuckungen befallen. Da alle Mittel nichts halfen und Pat. durch mangelnde Nahrungsaufnahme herunterkam, beschloss man die Einleitung der Geburt. Der Muttermund war zweifrankstückgroß, Schädellage. Es wurde versucht, mit der Hand den Cervix allmählich zu dehnen, um dann die Wendung auszuführen. Der Cervix war aber so resistent, dass nichts erzielt wurde. Währenddessen floss das Fruchtwasser ab. Es wurde nun versucht, die Zange anzulegen, was auch endlich nach einigen Schwierigkeiten gelang. Bei den Traktionen gab jedoch der Cervix fast nicht nach, so dass derselbe beiderseits eingeschnitten wurde. Um die Extraktion zu erleichtern, wurde noch die Perforation ausgeführt. Der Fötus war schon seit mehreren Tagen abgestorben. Placenta manuell entfernt. Während der Uterus mit Sublimat ausgespült wurde, trat Collaps und trotz Ätherinjektionen nach einiger Zeit der Tod ein. Keine Sektion.

Heilbrun (Kassel).

5) **Böckel** (Straßburg). Vaginale Uterusexstirpation.

(Gaz. des hôpitaux 1887. No. 39.)

Die Indikation, aus der B. die Uterusexstirpation in diesem Fall vornahm, ist eine relativ seltene; es handelte sich um eine Frau, der er zwei Jahre vorher mehrfach wegen Carcinom Rectumexstirpationen gemacht hatte; der Uterus hatte hierdurch jeden Halt an der hinteren Scheidenwand verloren und gab der hierdurch verursachte Prolaps Anlass zur Operation, welche glücklich verlief.

Hadra (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 4. Sonnabend, den 28. Januar. 1888.

Zur Kasuistik des totalen Mangels der Gebärmutter bei normaler Vagina.

Von

Dr. **Steinschneider** in Franzensbad.

Veranlasst durch die Mittheilungen der Herren Dr. Kahn aus Mannheim und Dr. Grechen aus Luxemburg über totalen Mangel des Uterus bei normalen äußeren Genitalien, möchte auch ich einen analogen Fall aus meiner Praxis mittheilen.

Im Juni 1884 stellte sich mir Frau J. aus Krajowa in Rumänien vor, durch Prof. Dr. S. Stern in Wien nach Franzensbad und an mich gewiesen. Sie ist 28 Jahre alt, seit 5 Jahren verheirathet, hat niemals die Menses gehabt, hat aber auch zu keiner Zeit auf diesen Mangel zurückzuführende Beschwerden gehabt. Vor 3 Jahren hat sie an Intermittens gelitten, ist durch dieselbe sehr heruntergekommen und anämisch geworden und beklagt sich über Appetitlosigkeit, Aufstoßen und Stuhlverstopfung. Diese Beschwerden, wie auch hauptsächlich ihre Kinderlosigkeit haben die Frau bestimmt, einen Kurort aufzusuchen.

Bei der Aufnahme erscheint Frau J. als eine anämisch aus-

sehende Person unter Mittelgröße, mit sehr geringem Fettpolster, gut entwickelten, aber sehr schlaffen Brüsten, nicht sehr breiten Hüften. Die äußeren Genitalien sind normal entwickelt, die Clitoris klein, die großen Schamlippen schlaff, nirgends eine Verdickung zeigend. Der ziemlich weite Scheideneingang führt in die 8 cm lange Vagina, welche vollkommen blind endigt und einen ganz glatten, nirgends eine Erhebung oder Rauhigkeit aufweisenden Blindsack darbietet. Die kombinirte Untersuchung von der Scheide und den Bauchdecken, Scheide und Rectum, Rectum und Bauchdecken ergab vollständigen Mangel des Uterus und — wie ich mit Bestimmtheit annehmen zu können glaube, auch der Ovarien. Da Frau J. niemals an Menstruationsbeschwerden gelitten hatte, auch auf meine Frage angab, dass sie niemals lebhaftes Verlangen nach geschlechtlichem Umgange, bei demselben keine besonders wollüstigen Empfindungen gehabt habe, so glaubte ich, an der Abwesenheit der Ovarien auch nicht zweifeln zu sollen.

---

1) **Hunter.** Aveloz in der Behandlung des Krebses.

(Med. record 1887. Juni 11. p. 669.)

Der Saft einer in Brasilien wachsenden Euphorbiacee, wahrscheinlich Hura crepitans, hat stark reizende Eigenschaften und gilt in seiner Heimat als Volksmittel gegen Krebs. H. hat zwei Präparate davon durch John Kirby, New York, 16 Beaver Street erhalten, welche sich wohl nur durch mehr oder minder starke Eindickung des Milchsaftes unterscheiden. Er wandte ihn in Fällen von Cervixcancroid an, welche für das Messer nicht mehr zugänglich waren oder bei denen Operationen verweigert wurden. Es pflegt zuerst eine starke, nicht übelriechende Absonderung einzutreten, darauf bildet sich ein Schorf, nach dessen Entfernung eine auffallend gut aussehende Geschwürsfläche sich zeigt, besser als bei Anwendung der gebräuchlichen Ätzmittel. Man trägt den Saft Anfangs alle 3, dann alle 6 Tage auf, der Bestreichung pflegt leichter Schmerz zu folgen. Nach H. ist in den erwähnten Fällen wohl ein Versuch damit zu machen, da der Verlauf dadurch mindestens aufgehalten zu werden scheint.

Lühe (Demmin).

---

2) **Uherek** (Immenstadt). Die funktionellen Neurosen beim weiblichen Geschlecht und ihre Beziehungen zu den Sexualleiden.

(Separat-Abdruck aus dem »Frauenarzt« 1886.)

U. führt die sogenannten funktionellen Neurosen auch beim weiblichen Geschlecht auf eine Allgemeinerkrankung des gesammten Nervensystems, auf materielle Veränderungen in der Substanz desselben als pathologisch-anatomisches freilich bisher nicht nachgewiesenes Substrat zurück. Auf Grund dieser Annahme hält er es für unzweifelhaft, dass die nervösen Krankheiten der Frauen, so weit

dieselben nicht mit Erkrankungen einzelner Organe komplicirt sind, im Grunde genommen nicht heilbar oder nur einer Besserung fähig seien, dass es sich immer nur um eine scheinbare Heilung, um ein Latentwerden des Leidens handele. Ein entschieden zu pessimistischer Standpunkt, auf welchen man allerdings durch die häufigen Recidive, welche man bei Pat., die man für geheilt hielt, erlebt, leicht gedrängt wird! Sie sind aber nach Ansicht des Ref. nicht die Folge einer Unheilbarkeit des Leidens an sich, sondern des Umstandes, dass die Kranken zu frühzeitig, d. h. zu einer Zeit, wo sie nur scheinbar gesund, in Wirklichkeit noch Rekonvalescenten sind, in ihre frühere Umgebung, in die Verhältnisse, welche die Neurose überhaupt erst zur Entwicklung gebracht haben, zurückversetzt werden.

Das Verhältnis der weiblichen Sexual- und Nervenleiden fasst U. als ein zumeist koordinirtes auf, stellt es aber nicht in Abrede, dass durch Beseitigung eines schweren komplicirenden Sexualleidens das Nervenleiden gleichzeitig gebessert wird oder sogar zu einer scheinbaren Heilung gelangen kann. Ja, er geht noch weiter, er erkennt an, dass ein Theil der nervösen Erkrankungen von Sexualleiden abhängig ist.

Was die Symptome bei den Neurosen des weiblichen Geschlechtes betrifft, so will U. die Erfahrung gemacht haben, dass besonders 3 Gruppen in bestimmten Zwischenräumen eintreten und mit einander abwechseln, cerebrale, spinale und Digestionsbeschwerden, in der Regel die cerebralen zuerst, nach Monaten oder Jahren sich hinzugesellend solche im Spinalnervensystem, bis schließlich auch der Darmkanal in Mitleidenschaft gezogen wird. Cerebrale Beschwerden fehlen zuweilen, spinale und Verdauungsbeschwerden finden sich fast immer.

Eine rein symptomatische Behandlung verwirft Verf. Vor der Anwendung der Narcotica warnt er dringend, und zwar sehr mit Recht, da es immer noch genug Ärzte giebt, welche dieselben verordnen. Dagegen zeigt er sich als ein warmer Fürsprecher der Brompräparate.

Er unterwirft die Pat. einer förmlichen Bromkur, lässt 5—8 g pro die einige Wochen lang gebrauchen (bis zu einer Gesammtdosis von ca. 100 g), bis die bekannten Depressionserscheinungen auftreten. Dann lässt er eine Nachkur mit Tonicis folgen.

Eine sehr ausführliche, nach Ansicht des Ref. zu ausführliche Besprechung findet die Behandlung der Sexualleiden bei Neurosen. Verf. schweift von seinem eigentlichen Thema ab. Detaillirte Vorschriften über geburtshilfliche Antisepsis z. B. gehören doch nicht hierher.

Wenn U. das Anlegen der Zange an den hochstehenden Kopf für mancherlei üble Folgen, besonders für das Entstehen von Cervikalrissen verantwortlich macht, so kann man ihm nur beistimmen, nicht aber seiner Behauptung, dass ausgedehnte Cervikal- und Peri-

tonealrupturen die Frauen frühzeitig invalid machen und sie einem chronischen Siechthum entgegenführen, welchem schließlich in vielen, wenn nicht in den meisten Fällen die Tuberkulose ein Ende bereitet, eben so wenig der, dass jener vorzeitigen Zangenapplikation gewöhnlich septische Infektion nachfolge. Eine septische Infektion ist doch nicht die Folge eines wenn auch nicht indicirten chirurgischen Eingriffes, sondern mangelhafter Desinfektion der Instrumente oder Hände des Operirenden!

Hydrastisextrakt wird bei Subinvolution des Uterus, gegen Metrorrhagien warm empfohlen, wenn auch zugegeben wird, dass seine Wirkung eine langsame ist, dass es daher monatelang genommen werden muss. Bei den profusen und lang anhaltenden Menses während der ersten Zeit nach der Pubertät wird es als das souveräne Mittel gepriesen. Ref. muss dem gegenüber bemerken, dass dasselbe ihn trotz langen Gebrauches in der einen wie der anderen Hinsicht oft in Stich gelassen hat.

In der das Thema des Verf.s wieder direkt berührenden, sehr wichtigen Frage, ob man Unverheirathete, resp. nicht Deflorirte einer gynäkologischen Untersuchung unterziehen dürfe, überlässt er die Entscheidung dem Verständnis und dem Takt eines jeden Arztes. Leider sind aber diese beiden Eigenschaften nicht bei jedem Arzt gleich ausgebildet. Es wird gerade hierin, sit venia verbo, viel gesündigt. Bei allen neuropathisch belasteten oder schon nervösen oder hysterischen Mädchen sollte, selbst wenn zur Zeit nur geringfügige Symptome dieser Leiden vorhanden sind, eine gynäkologische Untersuchung nicht vorgenommen werden, liegen aber zwingende Gründe zu einer solchen vor, sie per Rectum oder in Narkose ausgeführt werden. Auch in Hinsicht der sich hier anschließenden Frage, ob überhaupt eine gynäkologische Lokalbehandlung, besonders eine längere bei Ledigen angezeigt ist und wenn, findet sich Ref. nicht ganz in Übereinstimmung mit dem Verf. Dieser plaidirt für die Behandlung von Lageveränderungen, d. h. Reposition und Pessarapplikation, welche schnell abgemacht seien. Gerade die Pessarbehandlung virgineller Lageveränderungen ist sehr oft nicht schnell erledigt. Die Reposition macht nicht selten Schwierigkeiten, man ist genöthigt, das Pessar zu wechseln, sei es, dass es drückt, sei es, dass es seinen Zweck nicht erfüllt. Und selbst wenn dies der Fall, so muss man es aus Reinlichkeitsgründen von Zeit zu Zeit entfernen, um so mehr, als man hier auf reinigende Vaginalausspülungen aus naheliegenden Gründen verzichten muss. Und schließlich bleibt außerdem noch nach den Erfahrungen des Ref. das erhoffte Resultat nur allzu oft aus; die Beschwerden der Pat. bestehen weiter, gewöhnlich gesellen sich aber gerade in Folge der eingeleiteten Behandlung noch neue nervöser Natur hinzu. Ref. ist daher der Ansicht, dass man auch hier einer Allgemeinbehandlung vor einer lokalen den Vorzug zu geben hat, wie U. es für Endometritis, Vaginitis etc. empfiehlt. Sehr beherzigenswerth sind jedenfalls die Worte,

mit welchen jener diesen Abschnitt seiner Arbeit schließt: »Denken wir stets daran, dass wir über dem Genitalleiden nicht das psychische Befinden der Pat. aus dem Auge lassen.«

Schon aus diesem Rath ist es ersichtlich, dass U. an die Spitze der Allgemeinbehandlung die psychische stellt. Richtschnur für sie soll es sein, den Willen der Pat. zu üben bei Beruhigung des Denkens und Empfindens. Um dies zu ermöglichen, ist oft eine Entfernung aus den häuslichen Verhältnissen, Aufenthalt in einer Anstalt, Unterordnung des Willens unter denjenigen des behandelnden Arztes geboten. Zur Unterstützung der psychischen Behandlung leisten Hydrotherapie, Elektricität, Massage und Regulirung der Ernährung vorzügliche Dienste. Besonders der letzteren widmet Verf. eine eingehende Besprechung. Im Allgemeinen soll eine gemischte Nahrung mit vorwiegendem Fleischgehalt gereicht werden.

Auch der großen Wichtigkeit der Beschäftigung der Nervenkranken wird gedacht. U. räth, danach zu trachten, jene auf ein heterogenes Gebiet zu verlegen, der Sucht nach Zerstreuungen entgegenzutreten, eventuell die Kranken zu isoliren. Gerade dieses so wichtige Kapitel ist aber recht stiefmütterlich behandelt! Die Arbeit U.'s, welche viel des Interessanten bietet, würde noch gewonnen haben, wäre dieser wesentliche Punkt der psychischen Behandlung ausführlicher besprochen und dafür mancherlei mit dem Thema nur indirekt in Zusammenhang Stehendes fortgelassen.

Graefe (Halle a/S.).

---

3) **Longaker**. Behandlung der Geburt bei verengtem Becken.

(Vortrag in der Obstetrical Society of Philadelphia, Journ. of the amer. med. assoc. 1887. April 16. p. 442.)

Beim platten und rachitischen Becken bis zu $3^1/_4$ Zoll Conjugata kann durch die Zange, besonders durch Achsenzugzange, sehr gut und sicher für Mutter und Kind entbunden werden, falls die natürlichen Kräfte nicht ausreichen. Die Wendung muss für besondere Fälle aufgespart werden, z. B. Stand des Kopfes in der engeren Hälfte des ungleichmäßig verengten Beckens, Nabelschnurvorfall etc. L. trägt kein Bedenken, die Zange weit hinauf anzulegen, wenn der Kopf hoch im Beckeneingang feststeht.

Bei der Diskussion zeigt Kelly, der sich sonst völlig einverstanden erklärt, eine Achsenzugzange nach Pouillet vor, bei welcher der für den Zug bestimmte Zangenarm durch Bänder an den dem Kopf anliegenden Löffeln befestigt wird. Diese Vorrichtung hat nicht allein den Vortheil, an jeder Zange angebracht werden zu können, sondern ermöglicht auch durch die leichte Beweglichkeit der Bänder eine weit bessere Anpassung an die Beckenachse, als die Tarnier'sche Zange. Auch wird die Schraube der letzteren mit ihren Nachtheilen dadurch überflüssig gemacht, dass die Bandschlingen die Zangenblätter an den Kopf drücken.

Lühe (Demmin).

---

4) **Hubbard Mitchell.** Operation der sternförmigen und bilateralen Cervixrisse.

(Med. record 1887. April 16. p. 448.)

Ein Vortrag M.'s in der New York Academy of medicine giebt Veranlassung zu einer Diskussion, in welcher namentlich gegen eine zu große Ausdehnung der Operation seitens der Herren Wylie und Mundé Einspruch erhoben wird. Man solle nur einschreiten, wo sich entschiedene Symptome geltend machen. Doch will Letzterer auch die Gefahr der Entwicklung eines Epithelioms in der Narbe als Indikation gelten lassen, wenn die Eversion erheblich; die Menopause nahe bevorstehend und der Ausfluss stark ist. Die Behauptung Mitchell's, dass man stets die cirkuläre Arterie durchschneiden müsse, wird bestritten, wie auch sein Vorschlag, 5—6 Silbernähte auf den Zoll zu rechnen, als zu weitgehend angegriffen wird. Mitchell hat nicht weniger als 113mal operirt, 110mal trat prima reunio ein; unter den 65 Fällen bilateraler Risse trat später 8mal Schwangerschaft ein, nur 1mal riss bei der Geburt die Naht.

Lühe (Demmin).

---

5) **Dohrn.** Über die zeitliche Trennung von Wendung und Extraktion.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 1.)

In neuerer Zeit hat Winter, auf das Material der Berliner Frauenklinik gestützt, seine Anschauungen dahin präcisirt, dass man nicht eher zur Wendung schreiten solle, als bis die Weite des Muttermundes auch die Extraktion gestatte, dringende Nothfälle ausgenommen, und dass man für das Kind die besten Resultate erreicht, wenn man sofort die Extraktion an die Wendung anschließt. Hierzu nimmt D. Stellung und stimmt mit dem ersten Satze Winter's vollkommen überein, während er den letzteren nicht durchaus als richtig anerkennt, immer jedoch nur Querlagen vorausgesetzt. Er stützt sich hierbei auf die Resultate der Königsberger Klinik; in 152 Fällen von Querlage wurde bei eröffnetem Muttermunde zur Wendung geschritten; 130mal (86%) wurde das Kind lebend extrahirt, 22mal wurde es todt geboren, während in anderen 29 Fällen keine Indikation zur Extraktion nach vollzogener Wendung vorlag; hier wurde die Ausstoßung der Natur überlassen und alle 29 Kinder lebend geboren. Also nur bei Vorhandensein einer bestimmten Indikation extrahire man sofort die gewendete Frucht.

Menzel (Görlitz).

---

6) **Reichel.** Die Entwicklung des Dammes und ihre Bedeutung für die Entstehung gewisser Missbildungen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 1.)

Im Juni 1886 suchte in der Berliner Universitäts-Frauenklinik eine 25jährige Frau Hilfe wegen unfreiwilligen Kothabgangs durch

die Vagina. Neben wohlgebildeten äußeren Genitalien und normaler Afteröffnung, wurde direkt unterhalb des Hymens zwischen Mastdarm und dem hochgelegenen Vestibulum vaginae ein kurzer, für den Finger gerade durchgängiger Fistelgang gefunden, welcher durch Spaltung des Dammes, Anfrischung und fortlaufende Katgutnaht primär heilte.

Die Perls'sche Anschauung, welche bis jetzt fast allgemeine Verbreitung gefunden hat, dass nämlich der Damm durch ein Tieferwachsen des Septum Douglasii nach beendeter Kloakenbildung zu Stande käme, erklärt jedoch diese Hemmungsbildung keineswegs, eben so wenig, wie gewisse Formen von Atresia ani. Auch die anatomische Struktur der Analportion, welche auf eine Entstehung aus dem Ektoderm zurückgeführt werden muss, so wie das Vorhandensein eines die Analöffnung rings umgebenden Schließmuskels und die das Perineum median durchziehende Raphe, welche eine Verwachsung paarig angelegter Gebilde annehmen lässt, sind Oppositionsmomente gegen die Perls'sche Anschauung.

R. hat nun zum Studium der Entwicklung des Dammes ausschließlich menschliche Embryonen aus der 7.—10. Woche unter Anlegung von Serienschnitten untersucht und kommt zu Resultaten, welche mit dem von Rathke 1830 bereits geschilderten, aber in Vergessenheit gerathenen Entstehungsmodus des Dammes übereinstimmen.

In der 7.—10. Entwicklungswoche erheben sich hinter der Kloake, zwischen dieser und dem scharf umgebogenen Schwanzende des Leibes, zwei durch eine mediane Furche von einander getrennte niedrige Wülste, von R. Analhöcker benannt. Bei der weiteren Entwicklung wachsen dieselben nach vorn, den hinteren Abschnitten der gleichfalls paarig angelegten Genitalfalten entgegen und legen sich weiterhin mit ihren vorderen Partien an letztere an, rücken insgesammt medianwärts und verschmelzen hier mit denen der entgegengesetzten Seite, nach oben zu mit dem Septum Douglasi, so eine besondere Analportion des Mastdarmes, mit Zellen des Ektoderms bekleidet, bildend. Der Damm entsteht also durch Verwachsen der paarig angelegten hinteren Enden der Genitalfalten und vorderen der Analhöcker in der Medianlinie.

Schließlich bespricht R., auf Grund des von ihm aufgestellten Entwicklungsmodus des Dammes, die einzelnen Gruppen der Missbildungen an diesem Theile, indem er für die Richtigkeit seiner Theorie anführt, dass sich mit derselben die einzelnen Gruppen zwanglos erklären lassen. **Menzel** (Görlitz).

---

7) **Nebel.** Zur Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 1.)

Die vorliegende Arbeit hat zum Zweck, die von Kaltenbach in der Gießener Klinik angewendete Behandlungsmethode Zwecks

Prophylaxe der Blennorrhoe, welche auf dem Münchener Gynäkologenkongress allseitig Widerspruch hervorrief, nochmals zur Sprache zu bringen und eingehender, als dies in einem der Zeit nach bemessenen Vortrage der Fall sein kann, zu begründen.

Die Methode besteht darin, dass nach gründlichster Sublimatdesinfektion (1 : 3000) des mütterlichen Genitalkanals vor und unter der Geburt sofort nach dem Durchschneiden des Kopfes in Seitenlage die Augen des Kindes mit Watte und destillirtem Wasser ausgewaschen werden, dass letzteres nicht nur eingeträufelt wird. Nach dieser Vorschrift wurden vom 1. April 1885 ab 330 Kinder behandelt, unter welchen keine einzige primäre Infektion, vor Allem keine Blennorrhoe, beobachtet wurde; in einem Falle trat am 8. Tage ein leichter Katarrh auf, der nach 2 Tagen spontan verschwand; in einem zweiten Falle erkrankte ein Kind ebenfalls am 8. Tage an doppelseitiger eitriger Conjunctivitis, welche nach 4 Tagen unter Eisbehandlung beseitigt war. In diesem Falle war N. bei der Geburt abwesend und glaubt, dass in Folge seines Fernseins von dem Praktikanten die Vorschriften nicht in der wünschenswerth genauen Weise ausgeführt worden seien. In einem dritten Falle endlich konnten wegen des Tiefstandes des Kopfes bei der Mutter keine Sublimatinjektionen mehr vorgenommen werden und hier erkrankte das Kind am 4. Tage an leichter Conjunctivitis, die nach einigen Tagen schon wieder durch kalte Überschläge geheilt war. Im Laufe von 2 Jahren also nur 3 leichte Späterkrankungen.

Diese günstigen Resultate führt N. auf die ausgedehnteste Anwendung des Sublimats auf den mütterlichen Genitalkanal, so wie auf die peinlichste Fernhaltung schädlicher Einwirkungen auf das kindliche Auge im Wochenbett zurück.

Die Vorzüge der Kaltenbach'schen Methode sind, dass in erster Linie jede unnöthige Reizung der kindlichen Augen, wie sie nach Credé häufig beobachtet wird, vermieden wird; dass diese Methode nicht nur dem Kinde, sondern auch der Mutter in so fern zu Gute kommt, indem der mütterliche Geburtskanal auf das genaueste desinficirt wird und Nachkrankheiten dadurch vermieden werden und dass bei der Einfachheit und Klarheit der Vorschriften die Methode auch bequem in die Hebammenpraxis eingeführt werden kann.

Menzel (Görlitz).

---

8) **Robertson.** Antipyrin gegen Migräne, Fieber etc.

(Med. record 1887. Mai 7. p. 517.)

R. empfiehlt lebhaft das Antipyrin gegen Migraine, welches weit besser als Salicyl wirken soll. **Lühe** (Demmin).

---

9) **Henry Byford.** Stifte aus der Rinde der gelben Ulme.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1887. April 23. p. 470.)

B. hat sich Stifte aus komprimirter Ulmenrinde fertigen lassen, welche vor Laminaria- und Tupelostiften den Vorzug viel rascherer

Ausdehnung haben. Auch soll das Ausschwitzen schlüpfrigen Schleimes aus dem Inneren des Stiftes das Eindringen sich zersetzender Flüssigkeiten von außen her verhindern. **Lühe** (Demmin).

---

10) **Cleveland.** Ein sich selbst haltendes Speculum.

(Med. record 1887. Juli 2. p. 34.)

Ein dem Sims'schen Speculum ähnlich geformtes Blatt ist mit einem zweiten Metallblatt mittels einer Verbindungsstange von $1^3/_4$ Zoll Länge verbunden. Letzteres ist dazu bestimmt, auf dem Kreuzbein aufzuliegen, während das Vaginalblatt an der hinteren Scheidenwand anliegt. Die Entfernung von $1^3/_4$ Zoll hat C. als die größte Entfernung zwischen der hinteren Scheidenwand und den Nates gefunden, bei mageren Frauen kann man das Kreuzbeinblatt unterpolstern. Besser würde wohl sein, wenn die beiden Blätter durch eine Schraube verschieblich wären, um das Unterpolstern unnöthig zu machen (Ref.). Durch einen Beckengurt und ein daran verschieblich angebrachtes Band wird das Kreuzbeinblatt fest angedrückt. Ohne Abbildung ist das sinnreich erdachte und noch verbesserungsfähige Instrument schwer zu beschreiben.

Lühe (Demmin).

Kasuistik.

11) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 9. December 1887.

Vorsitzender: Herr Olshausen, Schriftführer: A. Martin.

An die in der vorigen Sitzung der Gesellschaft aufgenommenen Mitglieder überreicht der Vorsitzende ihre Mitgliedsdiplome und begrüßt sie als Genossen frischer Arbeit auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie.

I. Demonstration von Präparaten:

Herr Engländer demonstrirt das Präparat einer Extra-uterin-Gravidität. Die Operation wurde von Herrn Dr. A. Martin gemacht. Es handelt sich um eine tubo-abdominale Schwangerschaft im 4. Monat. Der Fruchtsack wurde so weit wie möglich, mit der Ansatzstelle der Placenta am rechten Lig. lat., excidirt, der Rest nach der Scheide drainirt und gegen die Peritonealhöhle mit fortlaufender Katgutnaht verschlossen. Pat. ist genesen.

II. Herr Prof. Lahs aus Marburg hält als Gast den angekündigten Vortrag: Über die Geburtsmechanik.

Der Herr Vortr. führt an der Hand vieler Zeichnungen seine Ansichten über die Mechanik der Geburt unter dem allgemeinen Inhaltsdruck aus.

An der sich daran knüpfenden Diskussion betheiligen sich die Herren Veit, Olshausen, Odebrecht und Jaquet.

Der Vortrag, so wie der Wortlaut der Diskussion werden nach den Aufzeichnungen der Betheiligten in dem 2. Heft des XIV. Bandes der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie abgedruckt.

---

12) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

Sitzung vom 18. Juli 1887.

Vorsitzender: Herr Zweifel, Schriftführer: Herr Sachse.

I. Herr Hennig: Über Generationswechsel bei Säugethieren und über den Uterus der Gürtelthiere.

Redner wurde zu dieser Mittheilung veranlasst durch einen Aufsatz H. von Ihering's (Arch. f. Anat. u Physiol. 442, 1886). Azara und Burmeister empfingen als Sage, dass die Mulita, eine Art Tatú (Praopus hybridus), stets eingeschlechtige Junge gebäre. Milne Edwards stellte die Sache fest, gab zugleich die Erklärung in so fern, als den 4—12 Embryonen einer Tracht bei den Gürtelthieren jedem ein Amnion, aber allen ein gemeinschaftliches Chorion zukomme. I. fand einmal außer 8 mit Amnion versehenen Früchten noch 4 linsen- bis bohnengroße Keimblasen im Chorionsacke eingeschlossen, von denen die größte einen verkümmerten Embryo enthielt. Die anfänglich innige Verwachsung der Lappen der ringförmigen Placenta lockert sich später; die Decidua scheint sich schon lange vor der Geburt von der übrigen Uterusschleimhaut abzusondern und mit der Plac. foetalis fest verbunden zu bleiben; wahrscheinlich gehören alle südamerikanischen Edentaten zur Gruppe der Deciduaten.

In der Entwicklung der Klauen der Tatús, welche die Krallen in einer breiten fötalen Endphalange entstehen lässt, liegt ein merkwürdiger Fall von Atavismus vor: die fossilen Vorfahren unserer Gürtelthiere nämlich, die Glyptodonten, zeigen ebenfalls nicht sichelförmige, sondern kurze breite Klauen und wahrscheinlich (im Leben) von einer hufförmigen Hornscheide überzogen.

Das Geschlecht des Embryo wird bekanntlich durch die Befruchtung des Eies entschieden. Wenn aus einem befruchteten Ei mehrere Embryonen hervorgehen, so können letztere auch nur eingeschlechtig sein. Was beim Menschen Ausnahme, ist beim Armadill die Regel, nämlich Mehrheit der Früchte; nur dass die Spaltung des Keimes der Gürtelthiere noch viel weiter geht, aber auch zur Verkümmerung einiger der zahlreichen Spaltungsprodukte (wie bei vielen Schnecken) führt.

I. weist auf die ungenügende Zahl der Zitzen (4) bei Praopus für 8—11 Junge hin, um die Weisheit des Schöpfers einer Unzweckmäßigkeit zu zeihen, in so fern, als sie eine gewisse Zahl Junge so regelmäßig dem Untergange opfere.

Dabei ist jedoch einzuwerfen, dass noch nicht erwiesen, dass die Voreltern dieses Thieres nicht mehr als 4 Zitzen besessen haben; außerdem ist auch in den Fischeiern ein Überfluss geboten, welcher nur einen kleinen Theil der Befruchtung und Weiterentwicklung anheimgiebt. Der große übrige Theil wird anderen Wesen zur Nahrung. Viel vorsichtiger spricht sich in Bezug auf Teleologie G. Bunge aus, indem er sagt (ibid. p. 540): »Die Epithelzelle der Milchdrüse sammelt aus dem ganz und gar anders zusammengesetzten Blute alle organischen Bestandtheile genau in dem Gewichtsverhältnisse, in welchem der Säugling ihrer bedarf, um zu wachsen und dem mütterlichen Organismus gleich zu werden; diese eine Thatsache ist hinreichend, alle bisherigen Versuche einer mechanischen Erklärung der Drüsenthätigkeit zu widerlegen.«

H. führt weiter aus, dass die Entstehung der Arten sich durch progressive Zunahme der Häufigkeit einer zuerst nur ausnahmsweise erscheinenden Varietät (z. B. der 8 Halswirbel der Faulthiere) erklären lasse.

Bei Lumbricus trapezoides gehen regelmäßig aus einem Ei zwei Anfangs durch eine Brücke verbundene Embryonen hervor.

Die als Anomalie geltenden Zwillinge etc., Doppel- und Missbildungen deuten darauf hin, dass die Sprösslinge eines Eies ursprünglich stets eine Mehrheit von Keimen waren. In späteren Zeiträumen ging vielen Wirbelthieren der Paarling verloren, er blieb aber als abortiver Keimtheil noch in den »Richtungskörpern« erhalten (I.).

Nach der von Haeckel vorbereiteten Eintheilung der geschlechtlichen Zeugung nun entfällt die Fortpflanzung des Proapus auf den Begriff des Generations-

wechsels, wobei die proliferirende Eizelle oder Keimblase (Gastrula) als Amme zu gelten hat. Der Begriff des Generationswechsels aber löst sich auf in die Gruppe der Parthenogenesis und Pädogenesis — andererseits in die ungeschlechtliche Vermehrung der Ammen (Knospensprossung) und in die Erscheinung zahlreicher, sogleich zur Form der Eltern zurückkehrender Nachkommen, wie beim Gürtelthiere. Diesen Vorgang schlägt I. vor, zu bezeichnen mit Temnogenesis (Schnittzeugung).

Vorläufig sind diese Spekulationen als solche zu belassen, da die Parthenogenesis sich nicht ohne Weiteres für Erklärung von Vorgängen bei höheren Wirbelthieren verwenden lässt.

Eine nicht minder anziehende Seite bietet die Tracht der Gürtelthiere, wenn wir die Thatsache der eingeschlechtigen Jungen ins Auge fassen. Sie ist gegeben durch das gemeinschaftliche Chorion. Bernhard Kyburg (Dissertation: Beschreibung von Föten und peripheren Eitheilen einer Vierlingsgeburt etc. Halle, 1887) hat auf die Wirkung dieses Verhaltens: auf die gleiche Geschlechtsphase die Aufmerksamkeit der Embryologen nochmals gelenkt. Die Fälle von wahrem Hermaphroditismus sind beim Menschen bekanntlich sehr selten, und dann ist immer die eine Art der doppelt vorhandenen Geschlechtsdrüsen unvollkommen entwickelt. K. erklärt dies durch »das Bestreben der Natur, welche allzu mächtig auf die Ausbildung nur eines Geschlechtes im Individuum (bei den höheren Wirbelthieren) hinwirkt«. Vielleicht übe auch die normale Ausbildung der einen Drüse, z. B. des Hodens, einen hemmenden Einfluss auf die Entwicklung der anderen, weiblich angelegten, Drüse aus.

B. Schultze folgert nun aus der Annahme, dass vollkommener Hermaphroditismus beim Menschen noch nicht beobachtet sei, den Satz, dass das Geschlecht der zukünftigen Frucht bereits in dem noch im Eierstocke ruhenden Ei präformirt sei.

In Bezug auf die höheren Wirbelthiere wird diese Hypothese durch eine Thatsache umgestoßen: Rathke sah verwachsene Lammzwillinge (Omphalokranodidymus), ziemlich ausgetragen. Der kleinere Fötus war weiblich; er wurzelte mit Nabelschnur und Kuchen in der Schädelhöhle des größeren, männlichen. Ahlfeld hat sich bei Beurtheilung dieses Falles, in welchem er eine nachträgliche Durchwachsung der ursprünglich getrennt gewesenen beiden Chorien mit Hilfe der Allantoiden annimmt, selbst widersprochen.

Für den Menschen liegt jedoch auch ein derartiger Ausnahmefall vor: L. Lehmann (Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 19, 1880) hat in der gynäkologischen Abtheilung des Amsterdamer Krankenhauses eine Drillingsgeburt beobachtet. Alle 3 Früchte mussten wegen Hydramnios gewendet und am Beckenende ausgezogen werden: zuerst ein schwächlicher Knabe, dann ein kräftigeres Mädchen, endlich die größte, ebenfalls weiblich. Die Placenta war sehr groß, das Chorion einfach, die Amnien geschieden, ein Nabelstrang central eingepflanzt, die beiden anderen marginal. Dem früher Gesagten zufolge nehme ich an, dass auch der Mensch früher eine doppelte, später zweihörnige Gebärmutter zu eigen hatte (noch Hippokrates braucht die »μητηρ« stets im Plural) und regelmäßig mehr als eine Frucht austrug.

Die Verschmelzung der zweitheiligen Gebärmutter zu einer einhöhligen, erst den höheren Affen zukommenden, in einer so niedrig organisirten Klasse wie die Gürtelthiere sind, deute ich aus dem Verhalten der Früchte: meist wird nur ein Junges geboren; wo 4 und mehr vorkommen, sind sie sämmtlich, wie schon gemeldet, eineiig und, wenigstens beim schwarzen Gürtelthiere, so gruppirt, dass sie nicht, wie die hinter einander gepflanzten Jungen z. B. des Schweines, darmähnliche Nebenhörner des Tragsackes beanspruchen, sondern in einer gemeinschaftlichen Höhle und in einem Chorion Platz haben.

Herr Sänger hat zum Beweis, dass die Allantois auch beim Menschen als Blase fortbestehen könne, das Vorkommen von 3 fötalen Eihäuten verlangt. Der Vortr. demonstrirt zur Bekräftigung obiger Annahme mikroskopische Photographien

von einem Falle, wo beim Menschen sich für 1 Frucht 2 Blasen stellten, deren erste das parietale, die zweite das viscerale Blatt der Allantois getrennt trägt.

Diskussion: Herr Sänger: Dass die fötalen Eihäute ursprünglich dreifach angelegt seien, bestreite Niemand; man könne sogar von einer vierblätterigen Anlage sprechen, wenn man die Allantois als »Eihaut« hinstelle. Die Eintheilung wäre dann folgende: Exochorion = Zona pellucida, Endochorion = seröse Hülle; Amnion (»Exoamnion«), Allantois (»Endoamnion«). Die ausgebildeten Eihäute seien aber beim Menschen zweifellos bilamellär: die Persistenz einer membranartigen Allantois als dritte fötale Eihaut sei ganz unerwiesen. Frägt weiter, ob Vortr. mehrfache Geburten als »Atavismus« auffasse.

Herr Hennig: Ja.

Herr Sänger: Zur Erklärung der Hippokratischen Lehre von der Zweihörnigkeit des menschlichen Uterus, lässt sich wohl der Umstand heranziehen, dass der Uterus des Neugeborenen meist Bicornität zeigt: ein cylindrisches, dickes Mittelstück, an das sich zwei dünne, durchscheinende Cornua anschließen.

II. Herr Hennig: Über ein Becken mit angeborener doppelseitiger Hüftgelenksverrenkung.

Zunächst die Notiz, dass die in der Märzsitzung beschriebene Frau mit Spondylolisthesis laut Bericht am 4. Mai dieses Jahres einen ziemlich großen Knaben ohne Kunsthilfe geboren hat.

Der heutige Gegenstand ist ein sehr gesundes Mädchen; beide Eltern sind von kleiner Statur, besonders die Mutter, welche ich bei der folgenden Geburt schwer mit der Zange von einem noch jetzt lebenden Mädchen zu entbinden hatte. Die Erstgeborene, die jetzt 24jährige Jungfrau, fällt weniger durch watschelnden Gang, als durch Kleinheit auf. Die Taille ist eben zwischen das Gerüst der Schenkel hinabgesunken, daher im Verhältnis zur Körpergröße ungewöhnlich lang. Da wir von lebenden Frauen mit Luxatio utriusque femoris wenige genaue Maße besitzen und fast jedes mit dieser angeborenen Anomalie behaftete Becken Eigenheiten hat, so ist die Veröffentlichung dieses Beispieles wohl gerechtfertigt. Körpergröße 156 cm; Schenkellänge 90. Umfang des großen Beckens 78; Dist. cristarum oss. ilium 26, Spin. anter. sup. 22,3; Trochant. 29. Diam. obliqua d. 22, sin. 21; Conj. ext. 20,5. Spin. post. sup. 7; Diam. transv. exitus 8. Hiernach gehört dieses Becken zu den im Allgemeinen wenig, im Querdurchmesser merklich verengten. Die Conj. diag. konnte nicht genommen werden, doch gab die Betastung der Höhle des kleinen Beckens keine auffallende Missbildung zu ahnen.

Auf Befragen hat Redner die Prognose für eine etwaige Geburt als leidlich dargestellt; wahrscheinlich wird der Fruchtkopf gleich von vorn her in den geraden Durchmessern das kleine Becken durchwandern.

Durch einen günstigen Zufall brachte Redner ein Luxationsbecken wieder in den Besitz der hiesigen pathologisch-anatomischen Sammlung.

Es gehörte einst einer 63jährigen Einwohnerin an, welche durch ihren steifen, etwas hintenüber gebeugten, fast taumelnden Gang aufgefallen war. Das mit den Bändern getrocknete Präparat ist ausnehmend leicht. Hier folgen die Maße:

Die vorhandenen 3 Lendenwirbel, deren letzter 122 mm hoch ist, sind lordotisch und etwas nach links gedreht, eben dahin auch die Schoßfuge sanft verschoben. die Pfannen 33 cm lang, 25 cm breit, nur 6 cm tief; über ihnen und nach außen schlottern an dünnen Bändern die luxirten Schenkelköpfe (angeborene Missbildung). An den steilen Darmbeinschaufeln (Neigungswinkel 120° bei 18 mm tiefer Wölbung) schimmern breit die bekannten dünnen Stellen durch; hinten sind ihre Kämme 32 mm dick. Die Sitzhöcker nach vorn gekrämpt; die großen Hüftausschnitte gedrückt, die eirunden Löcher liegend.

Beckeneingang etwas schräg verschränkt: linke Hälfte vorn etwas geräumiger. Neigung 70°. Umfang außen 600, innen 360; Höhe nur 160. Breite des großen Beckens: Sp. 225; Cr. 240; Troch. etwa 360. Conj. ext. 173. Schräge Durchmesser rechts 224, links 220. Abstand der hinteren oberen Stachel 72. Höhe der Schoßfuge 38 bei 46 Breite; Schoßwinkel = 122°.

Kleines Becken: Conj. vera 94, anatom. 100; Querdurchmesser des Ein-

gangs 134, schräge 136 : 124. Höhle: recta 114, transv. 135, sacrocotyl. 99. Ausgang: Sp. 115, Cr. 140, recta 93. Conj. diag. 110. Höhe des kleinen Beckens 90. Länge des Darmbeinkammes 200, des Darmbeins 150, Höhe der Schaufel 120. Breite rechts 100, links 95.

Demnach ist die Ernährung der Darmbeine kaum hinter der Norm zurückgeblieben.

Kreuzbein (5 Wirbel) stark ausgehöhlt (Tiefe = 40!); Länge 110, Breite 106. Schwanzbein (4 Wirbel) sehr nach vorn gestreckt.

Demnach ist das obige, von der Lebenden beschriebene Becken etwas kleiner, aber regelmäßiger gebaut, als das skeletirte; es ist der Länge nach geräumiger, die Breite aber, zumal im Ausgange, ungenügend.

Sonach tragen beide Becken in Folge der angeborenen doppelten Luxation die bekannten Charaktere: starke Neigung, steile Schaufeln, wenig verkürzte Conj. (doch kommt auch, wiewohl selten, starke Verschränkung vor). Nur Gurlt bildet ein derartiges Becken ab, in welchem die Quermaße der Höhle, ähnlich wie nach angeborener doppelter Kreuzdarmbeinankylose bis auf eine schmale Spalte verjüngt sind. Die Veränderungen, welche einseitige angeborene Hüftverrenkung im Becken zu Gefolge hat, lassen nur einen beschränkten Schluss auf die Wirkungen der Doppelluxation zu, selbst wenn man Fälle von Gebrauch des kranken Beines denen von Nichtgebrauch aus beiden Kategorien entgegenstellt.

Der eingehenden Darstellung Leopold's (Arch. für Gynäkol. 1873) kann ich nur ein von Tillmanns benutztes Beispiel (Archiv der Heilkunde Bd. XIV, p. 241, 1873) beifügen. Es stammt von einem bald nach der Geburt gestorbenen Mädchen und wird im Museum der pathologischen Anatomie zu Leipzig aufbewahrt (Spirituspräparat). Klumpfuß. Länge des Darmbeins rechts 50, links 50 mm; Breite rechts 30, links 33; Höhe des kleinen Beckens rechts 31, links 29; Conj. 34; Querdurchmesser des Eingangs 30, Schoßwinkel = 90°. Die linke, kranke Beckenhälfte ist vorn weiter. Abstand der hinteren oberen Darmbeinstachel 38. Demnach trifft der Satz, dass »die luxirte Seite stets atrophire«, wenigstens in Bezug auf Entwicklung des Darmbeines an diesem Becken nicht zu.

Diskussion: Herr Zweifel frägt nach der Art und Weise, wie sich Vortr. die Entstehung des Luxationsbeckens erkläre.

Herr Hennig: Durch abnorm geringe Mengen Fruchtwasser, Anlegen des Amnion an den Fötus; Hyperextension der Schenkel und Heraustreten der Schenkelköpfe nach Überdehnung der Ligamenta teretia. Nach einer von Tillmanns aufgestellten anderen Theorie sei angeborene Kleinheit der Pfannen das ursächliche Moment.

Herr Zweifel: Die erstere Erklärung sei ähnlich der von Roser gegebenen, wonach die Luxation durch Hyperextension der unteren Extremitäten bei gehinderter Reflexbewegung der Glieder bedingt sei.

(Schluss folgt.)

---

13) Gesellschaft für Gynäkologie in Kiew.

Sitzung vom 27. April / 9. Mai 1887.

1) Ein Mitglied zeigte ein hölzernes Pessarium vor, das er stückweise aus der Scheide einer Kranken entfernt, wo es 12 Jahre lang ununterbrochen gelegen hatte, ohne dass die Kranke auch nur Einspritzungen gemacht hatte. Die Kranke hatte es ohne besondere Beschwerden getragen, doch endlich hatten stinkender Ausfluss und Schmerzen sie gezwungen, ärztliche Hilfe zu suchen. Das Pessarium (ganz schwarz geworden), ringförmig, bestand aus leichtem Holze und maß 29 (!) cm im Umfange. 9 cm betrug der Durchmesser der Öffnung. In der hinteren Scheidenwand fand sich eine tiefe Rinne, in welcher sich die Gewebe krebsig entartet zeigten.

2) Ein anderes Mitglied berichtete über einen Fall von Blutung beim ersten Beischlaf. Ein junger Arzt konnte erst nach vielen fruchtlosen Versuchen dahin gelangen, in der Hochzeitsnacht den Beischlaf mit seiner 17jährigen sehr anämischen

Frau zu vollziehen. Die darauf folgende heftige Blutung veranlasste ihn, einen anderen Arzt zuzuziehen. Dieser fand außer einigen kleinen Einrissen einen Riss des Hymen nach hinten, der sich indess nicht bis zum Ansatz an die Scheide erstreckte. Das blutende Gefäß wurde durch Umstechung geschlossen. Nach einigen Tagen begann eine unbedeutende Blutung, welche mehrere Tage anhielt und endlich von selbst stand.

(Wenn auch starke Blutungen nach dem Beischlaf [besonders dem ersten] schon oft beobachtet worden sind, so bestanden dann stets weitergehende Verletzungen der Geschlechtstheile, Einrisse der Scheidenschleimhaut etc., eine so starke Blutung nach bloßem Einriss des Hymen ist aber gewiss sehr selten. Vielleicht hat der behandelnde Arzt einen kleinen Einriss der Scheidenschleimhaut übersehen. Ref.)

3) Aus der Klinik des Prof. Rein wurde über eine Ovariotomie berichtet, welche trotz eines bestehenden Herzfehlers (die Ansichten der untersuchenden Ärzte schwankten zwischen Insufficientia valvularum Aortae und Stenosis ostii venosi sinistri) unter Chloroform erfolgreich ausgeführt wurde. Die 20jährige Pat. hatte immer an reichlicher und schmerzhafter monatlicher Blutung gelitten. Die Geschwulst des Eierstocks hatte die Größe einer im 7. Monat schwangeren Gebärmutter. Während der 1 Stunde 20 Minuten dauernden Narkose wurde der Puls mehrmals schwach und langsam, besonders bei einem starken Eingriff (Abschneiden des Geschwulststieles etc.), worauf die Narkose zeitweise eingestellt wurde. Die Operation wurde ohne besondere Zufälle beendet und die Genesung erfolgte ohne Störung.

Unter ähnlichen Umständen machte Kireew eine Ovariotomie (Klinisches Wochenblatt No. 15). Die 39jährige Kranke war vor 10 Jahren von einem Pferde an die Brust geschlagen worden; seit 5 Jahren Schmerzen im Leibe, seit 5 Monaten Aufhören der Regeln. Der Leib hat 97 cm Umfang; man fühlt in ihm eine Geschwulst, rechts glatt und elastisch, links hart und ungleich. Aneurysma Aortae ascendentis. Die Operation (unter Chloroform) dauerte 35 Minuten und verlief ohne Störung, eben so die Genesung. Die Geschwulst erwies sich als Colloidcyste mit vielen kleinen Cysten links und wog ungefähr 12 Kilo.

Diese beiden Fälle, welche wahrscheinlich nicht vereinzelt sind, weisen darauf hin, dass Erkrankungen des Gefäßsystems noch nicht vollkommen die Anwendung des Chloroform verbieten, wenn der Allgemeinzustand es erlaubt, und die Thätigkeit des Herzens noch keine Störung erlitten hat. Natürlich muss die Operation dringend nöthig sein und nicht durch andere Maßregeln ersetzt werden können. Lokale Anästhesie dürfte wohl bei Operationen in der Bauchhöhle nicht möglich sein und die Gefahr eines tödlichen Ausganges eher erhöhen.

Prof. Rein zeigte die von ihm in die Klinik eingeführten gläsernen, glatten Rohre zur Ausspritzung der Mutterhöhle und der Scheide. Von verschiedener Dicke je nach dem Organ, in das sie eingeführt werden sollen (puerperale Gebärmutter, nicht schwangere Gebärmutter und Scheide), enthalten sie ein inneres gläsernes Rohr, welches die Flüssigkeit zuführt, Öffnungen in der äußeren gläsernen Umhüllung lassen die Flüssigkeit wieder eintreten, welche dann durch das äußere Rohr abfließt. Zur Ausspülung des nicht schwangeren Uterus reicht das innere Rohr bis zum Ende des Instrumentes, während bei Ausspülungen der puerperalen Gebärmutter und Scheide es nicht so weit geht, und die Flüssigkeit durch zahlreiche Öffnungen ausfließt. Gereinigt werden die Instrumente außer Durchspülung durch Einlegen in Schwefelsäure.

Trotz der großen Vorzüge, welche diese Instrumente durch Material und Form vor anderen Intra-uterin-Rohren haben, können doch die Öffnungen sich leicht verstopfen, das innere, dünne gläserne Rohr leicht brechen, und im Allgemeinen wirkt der durch die vielen kleinen Öffnungen gebrochene Wasserstrahl mit wenig Kraft.

Borakowsky. Ein Fall von Kastration bei Hystero-Epilepsie.

Die 27jährige Kranke leidet schon seit 10 Jahren an nervösen Erscheinungen: Krämpfe, Verlust des Bewusstseins und sonstigen hysterischen Erscheinungen.

Dabei war die Menstruation unregelmäßig und schmerzhaft. Trotzdem, dass sie an vielen Orten behandelt wurde, unter Anderem auch in Paris bei Charcot besserte sich ihr Zustand nicht. Auch eine Schwangerschaft vor 3 Jahren, in deren Verlauf sie 5mal in lethargischen Schlaf fiel, hatte keinen Einfluss auf ihren Zustand. Außer Empfindlichkeit der Eierstöcke bestanden keine objektiven krankhaften Erscheinungen.

Die in der Klinik des Prof. Rein ausgeführte Entfernung der Eierstöcke verlief ohne besondere Zufälle und die Kranke war bald geheilt. Im Verlaufe eines Jahres nach der Operation wurden nur zuweilen hysterisch-nervöse Erscheinungen beobachtet, welche der Berichterstatter für simulirt hält. Die vor der Operation 8 cm lange Gebärmutter lässt jetzt die Sonde nur auf 5,6 cm eindringen; die Menstruation hat sich nicht wieder gezeigt.

Ref. glaubt, dass nur die Zeit und eine längere Beobachtung zeigen kann, ob in diesem Fall die Operation wirklich von dauerndem Erfolge war.

Reimann (Kiew).

14) **Courbon** (Tours). Über Embryotomie.

(Arch. de tocol. 1886. Oktober 15.)

C. tritt dafür ein, bei vernachlässigten Querlagen, welche die Wendung nicht mehr gestatten, das Kind an dem vorliegenden Theil, dem Rumpf, quer zu durchtrennen. Er bedient sich dazu starker Scheren. Es bedarf oft nicht einer vollständigen Durchtrennung; nach Durchschneidung der Wirbelsäule und der benachbarten Weichtheile kann eine Brücke erhalten werden, welche als Handhabe dienen kann, um den Fötus conduplicato corpore herauszubefördern.

Drei Geburtsgeschichten werden mitgetheilt, in welchen auf die angegebene Weise die Entbindung leicht gelang. Die Mütter machten ungestörte Wochenbetten durch. **Skutsch** (Jena).

15) **Kessler** (Dorpat). Über die Behandlung der Geburt bei vollständigem Verschluss der Vagina.

(Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 29—33.)

30jähriges Mädchen, anamnestisch nichts Genaueres festzustellen. Am Ende der Gravidität. Becken normal, reifes Kind in Kopfendlage. Die Vagina lässt den untersuchenden Finger nur ca. 5 cm eindringen, sie ist durch eine vorwiegend quer verlaufende, 3 cm breite Narbe fast verschlossen; in diese Narbe sind die Scheidenwandungen von allen Seiten her durch narbige Stränge kuppelförmig hineingezogen. Per Rectum findet man den Kopf fest im Becken stehend, kleine Fontanelle rechts hinten. Von einer Vaginalportion ist auch per Rectum eben so wenig etwas zu fühlen, wie durch die Vagina. Wenn auch der Versuch, die Geburt per vias naturales zu bewerkstelligen, allem Anschein nach nur eine durchaus schlechte Prognose gab, so ergab die Ausführung des Porro keine bessere, und entschied sich Verf. für das erstere Verfahren. Nach Bloßlegung des Operationsfeldes vermittels des Simon'schen Apparates wird eine Kugelzange in die Mitte der Narbe eingesetzt und letztere mit einem Skalpell umschnitten und die umschnittene Partie herauspräparirt. Beim Versuch, nun mit dem Finger weiter durch die Narbe gegen den Kopf vorzudringen, entleert sich plötzlich ca. 2 Esslöffel einer hellbräunlichen Flüssigkeit und der Finger gleitet in eine rechts von der Wand des Rectums nach oben in die Gegend unter dem Lig. latum sich hinziehende, von mehreren fetzigen Strängen durchzogene, von unregelmäßigen zerfetzten Wandungen umgebene Höhle hinein. Nach vorn gelangt man gleichfalls höher hinauf in die Gegend zwischen Harnblase und unterem Uterinsegment. Auch jetzt gelang es noch nicht, das vor dem Kopf liegende Gewebe stumpf zu durchtrennen, sondern es musste mit der Kugelzange gefasst und mit der Schere schichtenweise abgetragen werden, bis der Finger den Kopf erreichte. Diese Öffnung wurde durch radiäre Einschnitte auf ca. 3 cm im Durschnitt erweitert. Ein Muttermund wurde nicht gefunden. Blutung unbedeutend. Wehen beträchtlich stärker. Am anderen Vormittag Status idem. Es galt nun zu entbinden. In tiefer Narkose wurde mit Scheidenhaltern

die Vagina möglichst stark aus einander gezogen, ringsum die Gewebsmassen in einzelne Partien ligirt und zwischen den Ligaturen getrennt; Blutung ganz gering; der Geburtskanal für die ganze Hand zugänglich. Perforation, Kranioklasie, relativ leichte Entbindung. Keine Nachblutung. Wochenbett mit geringer Störung normal. Vom 8. Tage ganz normale Temperaturen.

Am 17. Tage ist die atresisch gewesene Stelle bereits wieder so eng, dass sie nur für einen Finger durchgängig ist; der vorderen Scheidenwand folgend kommt man mit dem Finger an den Muttermund; ein vorderes Scheidengewölbe existirt nicht. Von der oben erwähnten Höhle ist nichts mehr zu fühlen. Da Pat. sich zu keiner plastischen Operation entschließen will, werden Glascylinder eingelegt mit allmählich steigendem Kaliber, so dass es schließlich gelang, einen Kanal konstant zu erhalten, welcher, für einen Finger durchgängig, etwaigem Sekret und dem Menstrualblut freien Abfluss gestattete. Allgemeinbefinden sehr gut. Die ausführlichen epikritischen Bemerkungen des Verf., die viel Interessantes enthalten, siehe im Original. **Schellenberg** (Leipzig).

16) **Paul Mundé.** Drei Fälle von Schwangerschaft, komplicirt mit Ovarialtumor.

(New York. med. journ. 1887. August 6. p. 143.)

In 2 der Fälle wurde die Ovariotomie während der Schwangerschaft gemacht und hierdurch das Leben der Mütter und eines Kindes gerettet, wogegen das andere Kind in Folge der eingetretenen Frühgeburt zu Grunde ging. Indess trat bei der einen der Frauen bald nach der Entbindung Ileus ein, die abermalige Laparotomie wurde angerathen, aber erst gestattet, als der Zustand schon hoffnungslos war; es wurden peritoneale Adhäsionen gefunden, welche den Verschluss des Dünndarms herbeigeführt hatten. Wahrscheinlich hatte die Veränderung in der Lage der Darmschlingen nach der plötzlichen Entleerung des Uterus die Entstehung des Verschlusses herbeigeführt. Im 3. Falle wurde vorgezogen, die künstliche Frühgeburt im 6. Monat einzuleiten, und die Ovariotomie in späterer Zeit vorzunehmen, Kind und Mutter genasen. Interessant war in diesem Falle das Vorkommen zahlreicher weicher gelber Kugeln von Haselnussgröße, welche aus sebumartiger Masse bestanden und jede ein Haar enthielten. Ähnliches ist bisher nur noch 3mal beobachtet, von Rokitansky sen., Routh in London und Fenger in Chicago. **Lühe** (Demmin).

17) **Boldt.** Präparat von Pyosalpinx, entfernt im akuten Stadium der Syphilis.

(Med. record 1887. August 20. p. 212.)

B. sah sich veranlasst, in einem Fall von plötzlich entwickelter beiderseitiger Pyosalpinx bei florider Syphilis zur Operation zu schreiten, da er bei der großen Spannung des Eiterherdes das baldige Eintreten einer Ruptur befürchten zu müssen glaubte. Die Operation selbst und die Wundheilung verlief ohne Störung, wie B. auch in einem früher beobachteten ähnlichen Fall keine ungünstige Beeinflussung durch die Syphilis beobachtet hatte. Er hält in diesem Falle die eitrige Salpingitis für eine Theilerscheinung der Syphilis, welche die schon vorhandene katarrhalische Reizung der Tuben in akuter Weise zur Eiterung gesteigert hatte; Neisser'sche Gonokokken hatte er im Eiter nicht finden können.

Auch durch ungeeignete Anwendung intra-uteriner Medikamente hat er ganz plötzlichen Eintritt von Eiterung in vorher schon katarrhalisch erkrankten Tuben entstehen sehen, z. B. durch Einspritzung von Jodtinktur. **Lühe** (Demmin).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5. **Sonnabend, den 4. Februar.** 1888.

(Mittheilung aus der geburtshilflichen Klinik des Herrn Prof. Hofmeier zu Gießen.)

I. Ein Fall von Sublimatintoxikation mit tödlichem Ausgang.

Von

Dr. **Steffeck**, Assistent.

Der letzte in diesem Blatte von Fleischmann aus der Breisky-schen Klinik veröffentlichte Fall von tödlicher Sublimatvergiftung schließt mit der Befürchtung, dass auch mit schwachen Sublimatlösungen traurige Erfahrungen in der Geburtshilfe nicht ausbleiben werden, und fernerhin mit dem Rathe, das Sublimat zu Ausspülungen der Scheide und des Uterus, weder inter noch post partum, überhaupt nicht mehr zu verwenden. Auch von anderer Seite sind ähnliche Warnungen erklungen; trotzdem aber wird das Sublimat noch vielfach in der Geburtshilfe angewendet, theils wohl desshalb, weil man sich nur sehr schwer von dem Sublimat, als bestem Desinficiens, trennen kann, theils aber auch, weil man sich mit der Annahme tröstet, dass jene unglücklich verlaufenen Fälle durch Anwendung zu starker Sublimatlösungen oder durch das Sublimat kontraindicirende Krankheiten verhängnisvoll wurden.

Der vorliegende Fall zeigt aber, wie überaus gefährlich das Sublimat auch in ganz schwacher Lösung und ohne jede Komplikation werden kann, und es ist desshalb um so dringender gerathen, denselben zu veröffentlichen.

M. J., 27 Jahre alt, IVpara, hat 3mal ausgetragene Kinder ohne Kunsthilfe geboren, das letzte vor 4 Jahren. Die letzte Periode war Mitte August 1887. Anfang November kam J. wegen angeblicher Blutungen in hiesige Anstalt. Der Uterus entsprach damals dem 4. Schwangerschaftsmonat; Blutungen wurden hier nicht beobachtet und Pat. wurde desshalb nach 8 Tagen wieder entlassen. Am 25. November kam J. wiederum in die Anstalt mit der Angabe, Blutungen und Wehen zu haben. Der damalige Befund lautete: Mittelgroße schlanke Person von gracilem Knochenbau und gut entwickelter Muskulatur. Keine Ödeme oder Exantheme. Appetit gut, Stuhl geregelt; auch sonst nichts Bemerkenswerthes. Temperatur und Puls normal. Fundus uteri steht in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse, hat eine weiche Konsistenz. Äußerer Muttermund für 1 Finger durchgängig, eben so der unterste Theil des Cervix. Keine Blutung. Vollbad. Abwaschung der äußeren Genitalien mit Sublimat 1 : 1000; Scheidenausspülung mit 1 Liter 1 : 3000.

26. November: Status idem. 1 Scheidenausspülung mit 1 : 3000.

27. November: Im äußeren Muttermund fühlt man eine Nabelschnurschlinge vorliegend, die im Laufe des Tages bis vor die Vulva vorfällt. Keine Blutung. 1 Scheidenausspülung mit 1 : 3000.

28. November: Status idem. 1 Scheidenausspülung.

29. November: Morgens 5 Uhr stärkere Wehen; Cervix für 1 Finger durchgängig. Um 7 Uhr wird eine sehr stark macerirte 4—5monatliche Frucht ausgestoßen. Placenta nicht gelöst. Blutung durch heiße Dusche mit 1 Liter Sublimat 1 : 3000 gestillt. Jodoformgaze-Tamponade. Temperatur und Puls normal.

30. November: Morgens Temperatur und Puls normal. Tampons nach 1 Scheidenausspülung mit 1 : 3000 erneuert. Cervix nicht mehr erweitert; Placenta nicht gelöst. Abends 6 Uhr Schüttelfrost; Temperatur 39,3. Herausnahme der Tampons; Ausfluss nicht übelriechend; trotzdem wird die künstliche Lösung der Placenta in Narkose nach 1 Scheidenausspülung mit 1 : 3000 und 1 Uterusausspülung mit 1 Liter von 1 : 5000 vorgenommen. Die Blutung nach Lösung der Placenta durch eine heiße intra-uterine Ausspülung mit 1 Liter von 1 : 5000 gestillt. Ergotin.

1 Stunde nach der Ausspülung Tenesmus und Durchfall; gleichzeitig Schüttelfrost mit einer Temperatur von 41,0°. Excitantien.

1. December: Temperatur 36,4, Puls 92. Nachts 10—12 dünne Stühle. Opium.

Abends Klagen über Schmerzen im Munde und über Übelkeit. Foetor ex ore; der Saum des Zahnfleisches zeigt einen graugrünlichen Belag. 1 breiiger Stuhl. Kal. chor. als Mundwasser.

2. December: Temperatur 37,0, Puls 92. Klagen über Übelkeit. Starker Foetor ex ore; die Beläge haben bedeutend zugenommen, finden sich auch auf der Wangenschleimhaut. Lochien nicht übelriechend, blutig-serös. Mittags tritt plötzlich unter mehrmaligem Erbrechen Bewusstlosigkeit ein; Temperatur ist 38,0, Puls 100, sehr hart. Eisblase. Eispillen. Abends ist das Sensorium etwas freier. Pat. liegt aber noch mit halb geöffneten Augen apathisch da und kennt ihre Umgebung nur zum Theil. Der zur Urinuntersuchung eingeführte Katheter entleert keinen Tropfen Urin und es stellt sich heraus, dass Pat. in verflossener Nacht zum letzten Mal Urin gelassen hat. 2 breiige Stühle im Laufe des Tages. Anregung der Diaphorese.

3. December: Sensorium ist heute wieder vollkommen ungetrübt; Klagen über Schmerzen im Munde. Auffallend häufig tritt Aufstoßen auf. Stomatitis bedeutend zugenommen. Seit heut Nacht anhaltender Tenesmus und Durchfall; Stuhl wässrig, von graugelber Farbe, riecht intensiv. Anurie besteht fort; durch den Katheter wird kein Tropfen entleert. Abends: Anurie andauernd. 5 dünne Stühle

im Laufe des Tages. Bewusstsein erhalten. Diaphoretische und diuretische Mittel ganz wirkungslos.

4. December: Temperatur 36,0; Puls 88, hart. Klagen über Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Übelkeit und Schmerzen im Munde. Bewusstsein erhalten; häufiges Aufstoßen; Stuhl anhaltend dünn, zeigt geringe schleimige und blutige Beimengungen; Anurie; der Katheter entleert 1 Tropfen Urin, in dem zahlreiche Eiterkörperchen, geschwänzte und Plattenepithelien nachgewiesen werden; Stomatitis schreitet immer weiter vor; intensiver Foetor. Pilokarpin nur von geringem Erfolg.

5. December: Temperatur 35,9, Puls 72, hart. Dieselben Klagen wie gestern. Bewusstsein noch vorhanden, doch liegt Pat. vollkommen apathisch da mit halbgeöffneten, nach oben geschlagenen Augen. Aufstoßen tritt sehr häufig auf; ferner bemerkt man zuweilen klonische Zuckungen der Finger. Mit dem Katheter werden etwa 20 Tropfen einer schmutziggelben Flüssigkeit entleert, die schwach sauer reagirt und unter dem Mikroskop zahlreiche Eiterkörperchen, Blasenepithelien, sargdeckelförmige Krystalle und gekörnte Cylinder zeigt. Tenesmus ist andauernd; stündlich werden etwa 1—2 Tassenköpfe voll einer wässrigen, graugelben, intensiv stinkenden Flüssigkeit entleert. Getränke verweigert Pat. beständig. Pilokarpin fast ohne Wirkung.

6. December: Temperatur 35,9; Puls 88, sehr hart. Pat. liegt in halb komatösem Zustande mit nach oben geschlagenen Augen da, erwacht nur auf lautes Anreden und stößt bei der leisesten Berührung laute Schmerzenslaute aus. Auffallend häufig kratzt sich Pat. im Gesicht, auf der Brust und auf den Oberschenkeln. Der Durchfall ist noch mehr verstärkt, Pat. lässt beständig wässrigen Stuhl unter sich. Mit dem Katheter werden wiederum nur etwa 20 Tropfen Urin entleert, der denselben Befund wie gestern zeigt. Pilokarpin wirkungslos. Jodkali 1,0 3stündlich ebenfalls ohne Erfolg.

7. December: Temperatur 37,2; Puls 120, klein und aussetzend.

Koma heute vollkommen ausgebildet. Die Zunge ist trocken und mit einer schwarzen Kruste bedeckt, eben so der Saum des Zahnfleisches; auf der Wangenschleimhaut bohnen- bis nussgroße ulceröse Partien; Foetor ist aashaft. Fast ununterbrochen kratzt sich Pat. im Gesicht, das heute etwas gedunsen erscheint; sonst bestehen jedoch keine Ödeme. Mitunter treten klonische Zuckungen einzelner Muskelgruppen auf, besonders an den Unterarmen und Fingern. Stuhl wird unwillkürlich entleert; Blutbeimengungen sind nicht mehr in ihm beobachtet worden.

Der Katheter entleert heute etwa 1 Weinglas voll schmutziggelben Urins, in dem sehr reichlicher Eiweißgehalt und Quecksilber nachgewiesen werden; mikroskopisch derselbe Befund wie vorgestern, nur sind die granulirten Cylinder vermehrt.

Um 9 Uhr Abends Exitus.

Sektionsbefund (des Herrn Prof. Bostroem): Nieren: beide vergrößert; Caps. adip. mäßig fettreich, Caps. fibr. leicht abziehbar, Oberfläche glatt, von blass graugelber Farbe; Substanz außerordentlich weich. Rindensubstanz und Columnae Bertini stark verbreitert, sehr weich, von blass graugelber Farbe. Die bläulichrothen Pyramiden ziemlich stark hervorquellend. Schleimhaut der Nierenbecken und Ureteren stärker injicirt.

Mikroskopisch: Starke Trübung und Schwellung der gewundenen und geraden Harnkanälchen, so dass dieselben vollkommen ausgestopft sind; in ersteren hat zum Theil bereits Fettmetamorphose stattgefunden; außerdem finden sich zahlreiche Kalkablagerungen in den gewundenen Kanälen. Kleinere frische interstitielle Herde.

Rectum: Unmittelbar über der Afteröffnung beginnend, zeigen sich auf der Schleimhaut sehr reichliche, gelblichgraue, kleienförmige Beläge, zwischen denen an einzelnen Stellen stärker injicirte freie Schleimhaut zu sehen ist. Außerdem finden sich auf der Schleimhaut derbe, 3—4 mm hohe, schmutziggrünliche Infiltrationen bis zu $2^1/_2$ cm lang und 1,5 cm breit, in den unteren Partien vereinzelt stehend, nach oben zum Theil konfluirend. Außerdem noch, hauptsächlich auf

der Höhe der Falten, kleine, mehr flache, gelblichgrüne, nekrotische Massen, in deren Umgebung die Schleimhaut sehr stark injicirt ist. Beim Einschneiden in eine der größeren derben Infiltrationen zeigt sich die Muscularis stark ödematös verbreitert; Submucosa und Mucosa zum Theil äußerst derb und fest infiltrirt, zum Theil mehr weich, zerfließlich, von schmutzig graugrüner Farbe. Alle diese Veränderungen zeigen sich am stärksten im Rectum und im S romanum, während die Schleimhaut des Colon desc. und transv. im Ganzen frei ist, nur mit stärkerer Injektion auf der Höhe der Falten und mit spärlichen nekrotischen solitären Follikeln versehen ist. Veränderungen beginnen erst wieder an der Flexura col. dextr. und bieten von hier an bis in das Cöcum hinein dasselbe Bild, wie die Schleimhaut des Rectums. Die unterste Partie des Ileum bietet ebenfalls geringe Veränderungen derselben Art bis etwa $^3/_4$ m oberhalb der Klappe. In den bisher beschriebenen Darmpartien reichliche, äußerst übelriechende, bröcklige, grauweiße Fäkalmassen. In den höher gelegenen Partien des Dünndarmes, deren Schleimhaut nichts Besonderes bietet, dünne, gallig gefärbte Massen. Mesenterialdrüsen bis bohnengroß, graugelblich, von feuchtem Glanz auf der Schnittfläche.

Anatomische Diagnose. Dysenterische Processe im unteren Dünndarm und besonders stark im Dickdarm. Akute parenchymatöse Nephritis. Geringes Lungen-Emphysem und Ödem.

Um diese überaus starken Veränderungen im Darm zu erzeugen, genügten 2 g Sublimat, die in einer Verdünnung von 1 : 3000 innerhalb von 6 Tagen zu Vaginalausspülungen und ferner 0,4 g Sublimat, die in einer Verdünnung von 1 : 5000 zu 2 intra-uterinen Ausspülungen verwendet wurden, von denen nur eine nach Lösung der Placenta gemacht wurde. Gewiss geringe Quantitäten!

Sollen wir nun die Intoxikation den vaginalen, den intra-uterinen Ausspülungen oder beiden zusammen zuschreiben? — Den vaginalen allein gewiss nicht, denn es ist bis jetzt noch keine schwerere Intoxikation nach ihnen beobachtet worden; in dem Fleischmann'schen Falle wird die Vergiftung ebenfalls nicht auf sie, als solche, geschoben und in dem von v. Herff publicirten Falle kann man wohl auch kaum von einer schweren Vergiftung reden; außerdem aber waren in vorliegendem Falle die für eine von der Vagina ausgehende Vergiftung günstigen Verhältnisse nicht vorhanden, denn es ist sehr wohl auf freien Abfluss des Sublimats aus der Scheide geachtet worden und ferner bestanden keine Einrisse der Vaginalschleimhaut. (Es handelte sich bei einer Mehrgebärenden um Ausstoßung einer stark macerirten 5monatlichen Frucht.)

Auf die Kombination der vaginalen und intra-uterinen Ausspülungen möchte ich ebenfalls die Schuld nicht schieben, und zwar aus dem Grunde, weil vor der manuellen Lösung der Placenta nicht die geringsten Krankheitserscheinungen bestanden haben. — Es bleibt demnach nichts Anderes übrig, als allein die intra-uterinen Ausspülungen verantwortlich zu machen und von diesen wiederum ist wohl hauptsächlich nur der zweiten, nach Lösung der Placenta gemachten, die Schuld zuzuschreiben, weil hier dem Sublimat Gelegenheit gegeben war, direkt in die Blutbahn einzudringen. — Bemerkt sei noch ausdrücklich, dass sich der Uterus nach dieser Ausspülung sehr gut kontrahirte und dass kein Sublimat im Uterus zurückblieb, dass also eine einmalige Bespülung der placentaren Haftfläche mit 1 Liter

Sublimat in einer Verdünnung von 1 : 5000 ausreichte, um schon nach 1 Stunde die Anfangserscheinungen der Vergiftung und später den Tod hervorzurufen.

In Anbetracht dessen wird in hiesiger Klinik zwar fernerhin noch das Sublimat zu Ausspülungen der Vagina vor der Geburt angewendet, zu intra-uterinen aber niemals mehr und zu Letzterem möchten wir nach diesem außerordentlich traurigen Falle Jedem rathen.

II. Die operative Behandlung der Retroflexio uteri fixati.

Von

Dr. **Klotz**, Dresden.

Herr Dr. Sänger bespricht in No. 3 des Centralblattes mein in No. 4 der Berliner klinischen Wochenschrift beschriebenes Operationsverfahren. Im Interesse der Sache sei es mir vergönnt, einige Worte hinzuzufügen.

Was zunächst meine Misserfolge bei direktem Annähen des Uterus betrifft, so fallen sie vor Olshausen's Empfehlung in das Jahr 1883; der Uterus war unzulänglich befestigt. Ich gebe gern zu, dass es heute recht gut gelingt, einen mobilen Uterus oder einen mäßig adhärenten Uterus besonders bei gleichzeitiger Kastration zu fixiren, ich bin also durchaus kein Gegner der Koeberlé-Olshausen'schen Methode. Einen Einwand habe ich aber doch öfter bestätigt gefunden: Nicht jeder Uterus — bei gewölbten Bauchdecken oder wenig geneigtem Becken — wird diese direkte gewaltsame Befestigungsweise vertragen.

Sänger verwirft meine Methode, die also »Koeberlé-Klotz« zu nennen wäre, vollkommen, doch hat er nur theoretische Gründe. Die Sänger'schen Fälle geben mir keine Garantie, dass ich einen schwer fixirten Uterus — und nur solche habe ich mittels Laparotomie behandelt — durch Koeberlé-Olshausen antevertirt erhalten kann. Ein atrophirender Uterus, Fall 1—5, oder mobiler Uterus, Fall 6—7, ist ein dankbares Objekt; um die Frage endgültig zu entscheiden, welche Operationsmethode die besten Resultate giebt, möchte ich nur die Verwerthung solcher Fälle empfehlen, die beträchtliche Adhäsionen darboten und nach der Operation noch ovulationsfähig bleiben. Bei der Entscheidung dieser Frage bleibt zunächst der Hegar'sche Einwurf, ob nicht allein die Entfernung der kranken Adnexen die Beschwerden hebt, ganz unerörtert. Ob dieser Einwurf voll berechtigt ist, wird sich nebenbei in den nächsten Jahren deutlich herausstellen; je häufiger der Uterus bei Entfernung erkrankter Adnexen antevertirt wird, um so schneller werden wir klar sehen.

Das erste Bedenken Sänger's, die offene Wundbehandlung, theile ich selbst; nur mit großem Widerstreben, weil mir noch keine bessere Methode bekannt war, habe ich mich dazu entschlossen, den Uterus intraperitoneal zu stützen. Die guten Resultate ermuthigten

mich jedoch, das Verfahren fortzusetzen, und ich werde es fortsetzen, bis die direkte Fixation bei oben genannten Fällen dasselbe Resultat aufweist. Dass die Drainage ein Mittel ist, jene lockere Antefixation zu verstärken, zeigen meine Fälle; ob es nicht ein geeigneteres und ungefährlicheres giebt, werden nur Zahlen beweisen können. Die Behauptung Sänger's, dass die Olshausen'sche Methode verbunden mit sofortiger 3wöchentlicher Pessarbehandlung einen schwer adhärenten Uterus antevertirt erhält, bestreite ich nach meinen häufigen Einblicken entschieden. Je größer die gesetzte Wundfläche, je stärker die Verkürzung der Bandapparate, um so schneller wird der direkt fixirte Uterus zurückgezogen. Die Retraktion der großen Narbe im Douglas wird die kleinere — und die Differenz ist in meinen Fällen bedeutend — einfach bewältigen. Wie schnell die kräftigsten Fixationen gelöst werden, sehen wir ja häufig genug bei der Hysterektomie mit extraperitonealer Stielbehandlung. Der letzte Einwurf, dass ich eine Ausbreitung der gelösten Adhäsionen über den Grund und die ganze Hinterwand des Uterus weg bewirke, welche Darmadhäsionen und neue Verwachsungen im Douglas herbeiführt, wird praktisch dadurch widerlegt, dass ich deutliche Zeichen einer Darmadhäsion post operationem in keinem meiner 17 Fälle gefunden habe. Ich habe im Gegentheil die Überzeugung gewonnen, dass in allen meinen Fällen der Uterus zu zwei Drittel seiner Länge von neuen Adhäsionen frei geblieben ist, dass nur die intraperitoneale Stütze den Uterus von dem Kreuzbein fernhält, dass der Drain die hintere Uteruswand und besonders den Knickungswinkel durch Ablagerungen verdickt, dass endlich das Collum durch denselben Process nach rückwärts fixirt wird — ein von Sänger angestrebtes Heilverfahren. Das letzte Wort hierzu sprechen wohl nur Sektionsbefunde, deren Veröffentlichung dringend wünschenswerth ist.

Zum Schluss möchte ich noch hinzufügen, dass ich sehr erfreut sein würde, wenn mich die guten Resultate anderer Operateure veranlassen müssten, die offene Wundbehandlung zu verlassen.

---

1) **Dohrn.** Hat das enge Becken Einfluss auf die Entstehung des Geschlechts?

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 1.)

Das für Deutschland festgestellte Verhältnis der Knaben- zu den Mädchengeburten ist 106 : 100. Olshausen und nach ihm Linden aus der Marburger Klinik haben nun gefunden, dass beim engen Becken die Knabengeburten bedeutend prävaliren, 147 : 100, beziehungsweise 133 : 100.

Die von D. gemachten Angaben über 450 Geburten bei engem Becken aus der Königsberger Klinik ergeben auf 224 Mädchen 226 Knaben, also 100 : 100,9; er konnte daher die obigen Resultate nicht bestätigen und hält dieselben für zufälligen Ursprungs.

Weitere Untersuchungen in dieser Richtung wären jedoch er-

wünscht, obwohl es bei einer Bestätigung der Befunde Olshausen's und Linden's schwer fallen dürfte, triftige Gründe für den Knabenüberschuss beim engen Becken beizubringen. **Menzel** (Görlitz).

---

2) **Schauta** (Prag). Über den neuesten Standpunkt in der Therapie des Carcinoma uteri.

(Prager med. Wochenschrift 1887. No. 28.)

S. nimmt in dem vorliegenden Aufsatz Stellung zu der Frage des Werthes der partiellen und der totalen Uterusexstirpation. Er entscheidet sich gegen die erstere. Die für die partielle Amputation in Betreff der erzielten Heilungen so günstige, für die totale ungünstige Statistik Hofmeier's sucht er dadurch zu erklären, dass die Anhänger jener Operation zur totalen Exstirpation sich nur dann entschließen, wenn das Orif. int. von der Neubildung überschritten ist. Dann aber sei die Operation überhaupt nicht mehr im Gesunden ausführbar, ein schlechtes Resultat daher sehr erklärlich. Er verlangt die Vergleichung von Statistiken von Operateuren, die partielle und totale und auf der anderen Seite, die nur totale ausgeführt haben und stellt so die Hofmeier's und Martin's einander gegenüber. Hierbei fällt allerdings das Ergebnis (bei partieller Excision 45%, bei totaler 70% dauernder Heilung) zu Gunsten der Totalexstirpation aus.

Auch von dem Vorwurf der größeren Gefährlichkeit sucht S. die Totalexstirpation zu entlasten, indem er auf die während der letzten 2 Jahre mit ihr erzielten günstigen Resultate Martin's und Fritsch's verweist.

Dass durch die Totalexstirpation einer Frau die Möglichkeit genommen wird, lebende und lebensfähige Kinder zu erzeugen, giebt er zu, macht aber dem gegenüber darauf aufmerksam, dass Frauen, bei welchen der Cervix amputirt ist, allerdings gravid werden, aber stets abortiren.

Als Beweis dafür, dass es nicht möglich sei, klinisch die Grenze eines Cervixcarcinoms festzustellen, führt S. 3 Fälle, die er selbst beobachtet, an. Bei einer im 6. Monat Graviden trug er ein Carcinom der vorderen Lippe ab. Normale Geburt. Nach $3^1/_4$ Jahr Carcinom der hinteren Lippe; die vordere gesund. Totalexstirpation; Heilung. Kein Recidiv. Bei einer 47jährigen Frau apfelgroßer Tumor der Portio vag., scheinbar nach oben gut begrenzt. Nach der Totalexstirpation fand sich, dass die Degeneration den inneren Muttermund bereits überschritten hatte. Schließlich ergab sich, dass in dem Fundus uteri eines Uterus, welchen S. wegen eines erbsengroßen Oberflächenepithelcarcinoms des Cervix total exstirpirt hatte, ein nussgroßer Carcinomknoten saß.

Zum Schluss spricht Verf. den Wunsch aus, dass in Zukunft die praktischen Ärzte den Fällen von Katarrh und Erosion des Uterus die größte Aufmerksamkeit zuwenden, wenn sie in einer Erosion

ein Knötchen entdecken, dies excidiren und mikroskopisch untersuchen lassen möchten, um so beginnende Carcinome zur Totalexstirpation zu bekommen. **Graefe** (Halle a/S.).

---

3) **W. O. Priestley** (London). Über die Pathologie des intra-uterinen Todes.

(Lancet 1887. April 16, 23 u. 30.)

Der bekannte Londoner Gynäkologe, früher Prof. der Geburtshilfe an Kings College, hielt in dem Royal College of Physiceans of London über dieses Thema eine Reihe von Vorträgen. Wir heben aus denselben nur die Statistik heraus, welche zeigt, wie groß das Interesse ist, welches diese Frage nicht nur in medicinischer, sondern auch in nationalökonomischer Beziehung hat. P. wählte aus seiner Privatpraxis 400 Frauen, über welche er genaue Notizen hatte. Dieselben waren 2325mal schwanger gewesen mit 542 Aborten. Also ein Verhältnis von Abort zu Schwangerschaft von etwa 1 zu 4, während Hegar auf 8 bis 10 Schwangerschaften einen Abort rechnet.

Die Zahl der Frauen, welche niemals abortirt hatten, betrug 152, gleich 38%, während 27 Frauen oder 6,75% nur Aborte aufzuweisen hatten.

In Betreff der Zeit, in welcher Aborte am häufigsten vorkommen, weichen die Ansichten der Autoren sehr aus einander. P. hält die Zeit zwischen dem 3. und 4. Monat am günstigsten für Aborte, wenn die Placenta in der Entstehung ist und die Verbindung zwischen Uteruswand und Membranen eine noch wenig solide ist.

Die Ursachen des Absterbens der Frucht können in dem Vater, der Mutter, oder im Fötus selbst zu suchen sein. Vor Allem ist es die Lues, welche den höchsten Procentsatz der ursächlichen Momente liefert. Daneben treten andere Krankheiten, chronische wie akute stark zurück. Unter den Ursachen, welche in der Frucht selbst und ihren Annexen liegen, hebt P. hervor, schwächliche Ausbildung der Decidua und in Folge dessen kleine Placenta, Entzündung der Decidua als Folge entzündlicher Processe der Uterusschleimhaut, Erkrankung des Chorion, Hydramnios, welches letztere er nicht als das Produkt einer Entzündung ansieht, sondern auf konstitutionelle, seltener lokale Ursache und vor Allem auf Erkrankungen der Placenta zurückführt. Die präventive Behandlung ist häufig sehr erfolgreich, sobald die Ursachen ergründet werden können.

Engelmann (Kreuznach).

---

4) **Thomas Savage** (Birmingham). Elektrolysis in der Gynäkologie.

(Lancet 1887. Juli 23. p. 158.)

S. berichtet über einen Besuch, den er bei Apostoli in Paris gemacht, um dessen Methode der Behandlung kennen zu lernen. Er giebt darüber einzelne interessante Details. Apostoli benutzt

die Faradisation häufig bei Schmerzen, einerlei aus welcher Ursache dieselben entstehen. Er scheint der Ansicht zu sein, dass die Hauptsache sei die Schmerzen zu beseitigen, einerlei ob das Grundübel beseitigt werde oder nicht. So wandte er dieselbe an bei prolabirten Ovarien, kleinen Cystomen (?), Adhäsionen, Exsudaten etc. Zweifellos hatte die Methode in den meisten Fällen den gewünschten Effekt, der Schmerz verschwand, wenigstens für einige Zeit. Die elektrolytische Wirkung des konstanten Stromes wird bei Myomen hauptsächlich angewandt. S. sah und untersuchte etwa ein Dutzend Fälle, in welchen die Blutungen nachgelassen, die Geschwulst sich verkleinert hatte, allgemeine Besserung aller Erscheinungen eingetreten war nach Aussage der Kranken. Der positive Pol, welcher kaustische Wirkung äußert, wird bei Endometritis, Subinvolution, blutenden Myomen auf das Endometrium angewandt. Bei Blutungen bei Myomen genügen drei oder vier Applikationen, um dieselben zu stillen. Jede Applikation dauert nicht über fünf Minuten und ruft für gewöhnlich keine Schmerzen hervor. Der negative Pol, welcher die Wirkung hat, die Cirkulation zu beschleunigen und das Gewebe zu zerstören, wird mittels Acupunkturnadel in die Masse der Geschwulst eingeführt. Ferner wird derselbe angewendet bei alten parametritischen Exsudaten, hier soll er zertheilend wirken. Die Stärke des Stromes schwankt zwischen 100 und 150 Milliampères. Strenge Antiseptik wird in allen Fällen angewandt. Der Leib wird mit einer großen Lage feuchten Thon bedeckt, in welcher der eine Pol applicirt wird. S. enthält sich eines abschließenden Urtheiles über die Methode Apostoli's, nach zwei Besuchen glaubt er sich nicht zu einem solchen berechtigt, doch scheint der allgemeine Eindruck ein guter gewesen zu sein. Die Apparate sind bei M. Gaiffe, 40 rue St. André-des-Arts, Paris, zum Preise von ungefähr 500 Mark zu haben.

Engelmann (Kreuznach).

---

5) **Boislinière** (St. Louis). Die Leitung der Geburt bei Stellung des Hinterhauptes nach hinten.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1887. August 13. p. 194.)

Die 3. Lage, also Hinterhaupt hinten rechts, ist nach der ersten Schädellage die häufigste, daher wichtig genug. Es wird aber immerhin bei der gewöhnlich eintretenden Drehung des Hinterhauptes nach vorn eine spontane Beendigung der Geburt zwar die Regel sein, dennoch aber eine Verzögerung in Folge des weiteren Weges nothwendig eintreten, eben so auch eine größere Kraft der Uteruskontraktionen nöthig sein. Ist diese letztere daher schwach, oder aber das Perineum schlaff oder früher zerrissen, oder endlich die Höhlung des Sacrum gering, so tritt die Rotation nach vorn nicht ein. Ist aber ein starkes Vorspringen der Spinae ischii vorhanden, oder ist der Kindskopf groß, so dreht sich das Hinterhaupt nach hinten. Dieses Vorspringen der Spinae ischii ist von den seitlichen

Scheidenwänden aus etwa 2″ oberhalb des Beckenbodens zu fühlen und kann als prognostischer Anhaltspunkt dienen. In diesem Fall der Drehung des Hinterhaupts nach hinten wird dies zuerst geboren, zuletzt das Kinn.

Ist das Kind klein, das Becken geräumig und das Perineum schlaff, so kann sich auch eine Gesichtslage ausbilden, wobei das Kinn zuerst unter dem Schambogen erscheint.

Wenn die Geburt sich hinzieht, und keine Neigung zur Rotation nach vorn besteht, so wie andere Gründe eintreten, welche die Beendigung der Geburt erheischen, so legt man die Zange an und dreht vor Beginn der Traktionen das Hinterhaupt nach hinten in die Höhlung des Os sacrum. Diese Rotation nach hinten ist der nach vorn, welche von Einzelnen auch empfohlen wird, vorzuziehen, weil aus der starken Drehung des Halses hierbei Gefahren für das Kind erwachsen würden. Die Traktionen werden zuerst nach hinten vorgenommen, um den Kopf zum Beckenausgang herabzubringen, dann beginnt erst die forcirte Beugung, um das Hinterhaupt über die hintere Kommissur zu hebeln, darauf muss die Zange nach unten gegen den Anus der Mutter gesenkt werden. So passirt der Scheitel die hintere Kommissur in dem kleinen diagonalen (suboccipito-parietalen Durchmesser, welcher 9,5 cm oder $3^3/_4$″ misst, und bei der schließlichen Extension im trachelo-parietalen, welcher eben so groß ist, beide sicher für das Perineum. Droht dennoch Gefahr für dieses, so mache man die Episiotomie. Eine gute Unterstützung des Perineums führt man aus mit 2 Fingern im Anus der Mutter. Man kann auch die Tarnier'sche Zange benutzen bis der Beckenausgang erreicht ist.

Lühe (Demmin).

---

6) **Maclaren.** Die Beziehungen zwischen Puerperalfieber und Erysipelas sowohl als akute, als auch als »latente« Krankheit.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1887. August 20. p. 231.)

Dass ein Fall von akutem Erysipelas den Anlass zu einer puerperalen Infektion geben könne, ist heut zu Tage wohl allseitig angenommen. Weniger sicher dürfte die Verbreitung infektiöser Processe durch ein »latentes« Erysipel sein. Verf. versteht darunter einen scheinbar abgelaufenen Erysipelasprocess, bei welchem aber eine Neigung zu Recidiven zurückbleibt, indem die Mikroben noch in den Geweben lagern und nur eines Anstoßes bedürfen, um von Neuem an demselben Kranken zur Entwicklung eines abermaligen Erysipels Veranlassung zu geben. Auch solche latente Erysipele sollen nun bei Anderen Krankheit erzeugen können. So hatte eine sehr zuverlässige und saubere Wärterin kürzlich ein Erysipel gehabt, das aber ganz abgelaufen war; es erkrankten hinter einander eine von ihr gepflegte Puerpera und 2 operirte Frauen an septischen Processen, welche sonst zu jener Zeit nicht herrschten. Eben so beobachtete M. 2 Fälle von puerperaler Sepsis, bei der Entbindung der einen

Frau war ein Arzt mit ihm zusammen thätig gewesen, der selbst kürzlich eine Gesichtsrose überstanden hatte, bei der zweiten nur er selbst nach jener Entbindung. Diese beiden Beobachtungsreihen sind gewiss nicht einwandfrei. **Lühe** (Demmin).

---

7) **Herbert Claiborne.** Ein neues örtliches Anästheticum.

(Med. record 1887. Juli 30. p. 127.)

8) **Knapp.** Experimente mit dem neu entdeckten Anästheticum, Stenocarpin.

(Ibid. August 13. p. 180.)

Zufällig ist im amerikanischen Westen ein neues örtliches Anästheticum in dem Saft der Blätter eines Baumes aufgefunden worden, welcher »Tear Blanket Tree« genannt wird und der Acacia stenocarpo ähnlich, wo nicht identisch zu sein scheint. Das daraus dargestellte Alkaloid Stenocarpin wurde von K. studirt, sowohl in Thierexperimenten, als am Menschen. Es ist ein vorzügliches Mydriaticum, erzeugt auf Schleimhäuten und in offenen Wund- oder Geschwürsflächen rasch lokale Anästhesie, dagegen nicht auf unverletzter Haut. Selbst wenige Tropfen einer 2%igen Lösung erzeugten schon kurz andauernde ohnmachtsartige Zustände, wenn sie rasch in den Kreislauf gelangten. In größeren Dosen erregte es bei Thieren Tetanus ähnlich dem Strychnin. Vielleicht ist hier ein höchst wirksames lokales Anästheticum gefunden, welches natürlich noch genauer studirt werden muss.

Lühe (Demmin).

Kasuistik.

9) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

Sitzung vom 18. Juli 1887.

(Schluss.)

III. Herr Zweifel: Demonstration eines vollständig verjauchten Uterusfibroids von der Größe eines 7monatlich schwangeren Uterus. Laparo-Myomotomie nach eigener Methode.

Die Kranke trat mit hohem Fieber und in ganz desolatem Zustand in die hiesige gynäkologische Klinik ein und fieberte noch einen Tag nach der Operation. Dann erfolgte der Abfall zur Norm und machte die Kranke einen glatten Heilungsverlauf durch. Später trat noch eine Eiterung aus den unteren Stichkanälen der Bauchwandnähte auf und ging einmal Eiter per vaginam ab[1].

Nie war ihr Wohlbefinden gestört. Die Diagnose über die Beschaffenheit des Tumors schwankte bis zur mikroskopischen Untersuchung zwischen Uterussarkom und verjauchtem Fibroid.

Um der Verjauchung des Tumors willen war die erste Aufgabe der Operation eine Infektion der Bauchhöhle durch die Jauchemassen zu verhüten. Auf die Stielbehandlung übte diese Vorsicht keinen Einfluss aus. Es blieb sich schließlich gleich, ob der Stiel extra- oder intraperitoneal behandelt wurde, so fern das erste Postulat mit vollster Sicherheit zu erfüllen war: alles kranke Gewebe zu entfernen und

---

[1] Nach einer seit der Sitzung erfolgten Wiedervorstellung der Geheilten hat sich dieselbe so prächtig erholt, dass sie kaum wieder zu erkennen war. Sie fühlt sich vollständig wohl und gesund. Der Uterusstumpf ist an der vorderen Bauchwand fixirt.

alles zurückleibende zu desinficiren. Nur die Drainage durch den Douglas'schen Raum war ausgeschlossen, weil bei derselben gar zu leicht um der Jauchemassen willen eine nachträgliche Infektion der Bauchhöhle eintreten konnte.

Um der ersten Anforderung, der Verhütung einer direkten Infektion der Bauchhöhle zu genügen, wurde vor der Operation tagelang die mit Jauchemassen erfüllte Uterushöhle ausgespült und mit in Chlorzinklösung getauchter Watte ausgewischt. Diese Manipulationen riefen stets eine intensive Reaktion hervor: die Kranke bekam noch höheres Fieber, als sie sonst schon hatte, Schüttelfröste und Collapserscheinungen.

Sobald als die Desinfektion und die Vorbereitung des Darmes die Operation gestattete, wurde dieselbe ausgeführt.

Unmittelbar vorher wurde die Kranke in ein Bad gebracht, die Vagina nochmals von Jauche gereinigt und die Uterushöhle so weit möglich mit Chlorzinkwatte (Lösung von 5%) ausgestopft.

Nun erst erfolgte die Eröffnung der Bauchhöhle und das Herauswälzen der Gebärmuttergeschwulst. Bei Abbinden der beiden Ligamenta lata begann die Verwendung der gestielten Schiebernadel von Bruns zur sogenannten fortlaufenden Partienligatur. Das Princip dieser besteht darin, dass durch jeden Stichkanal 2 Fäden durchgezogen werden, welche nach zwei Richtungen hin ligiren. Gerade um dieses Umstandes willen kann auch nicht die kleinste Partie unligirt bleiben oder doppelt unterbunden werden, wie dies bei gewöhnlicher Umstechung leicht geschieht.

Man denke sich durch das Öhr einer langen, gestielten Nadel einen Seiden- oder Katgutfaden durchgezogen und vergegenwärtige sich irgend einen abzuschnürenden Strang, so wird an einem Rand desselben die Nadel durchgestochen, der erste Faden herausgezogen und in das Öhr ein zweiter Faden gelegt. Jetzt zieht man die Nadel mit dem zweiten Faden durch den gleichen Stichkanal zurück und sticht sie etwa fingerbreit weiter vom Rand entfernt wieder durch den abzuschnürenden Stiel. Es wiederholt sich nun dieselbe Manipulation, bis der Stiel in seiner ganzen Breite mit solchen Ligaturfäden versehen ist. Um das Herausnehmen und Wiedereinlegen der Fäden zu erleichtern, ist ein kleiner Schieber am Öhr angebracht, der vor- und rückwärts geschoben werden kann. Erst wenn alle Fäden liegen, wird geknotet, und damit sich dieselben nicht verwirren und durchkreuzen können, nimmt ein Assistent jedes Mal die zwei entsprechenden Enden eines Faden in seine Hand, oder knotet ihre Enden provisorisch zusammen. Will man die Kontinuität aus irgend einem Grunde unterbrechen, so braucht man nur nach Zurückziehen der Nadel und des eingehängten Fadens diesen aus dem Öhr zu ziehen und fallen zu lassen. Die Fortsetzung der partienweisen Ligatur kann dann nach Belieben wieder aufgenommen werden.

In dem vorliegenden Fall wurde jedes Ligamentum latum in 5 Partien doppelt abgebunden und zwischendurch abgeschnitten. In die Lücken kam der provisorisch schnürende Schlauch. Es lag derselbe ganz auf dem Beckenboden, weil durch die fortlaufende Partienligatur leichter als mit gewöhnlichen Umstechungen bis tief auf den Beckenboden hinunter getrennt worden war.

Kein Tropfen Blut war dabei verloren gegangen.

Natürlich wurde beim Umlegen des Schlauches darauf geachtet, dass die in den Uterus eingeführten Bäusche von Chlorzinkwatte über den Kautschukschlauch zu liegen kamen.

Dann kam der erste Schnitt in den Uterus von vorn her und damit vollständige Eröffnung der Uterushöhle. Alle Wattebäusche wurden entfernt und die Höhle desinficirt, dann der Uterus auch hinten abgetrennt und weggehoben. Beim Abschneiden war das Organ mit Schwämmen umgeben, um ein Einfließen von Inhalt in die Bauchhöhle zu vermeiden.

Das Ausschneiden der Gebärmutter mitsammt ihren Tumoren hat in der Weise zu geschehen, dass vorn und hinten dünne Lappen, die nur aus Peritoneum und möglichst wenig Gewebe bestehen, auspräparirt und dann auf der Tiefe der Lappen parallel zur Ebene des schnürenden Schlauches quer abgeschnitten wird. Zur

dauernden Sicherung gegen Blutung und Besorgung des Uterusstumpfes kommt wieder die gestielte Nadel in Anwendung. Dieselbe wird, am linken Winkel beginnend, mit einen Faden versehen, dicht unter der Grundfläche und möglichst genau parallel zwischendurchgestochen und mit der fortlaufenden Partienligatur fortgefahren, bis der Stiel bezw. der Uterusstumpf in seiner ganzen Breite in ca. 1 cm breiten Partien mit Ligaturfäden durchstochen ist. Dann werden rasch hinter einander die Ligaturen fest geknotet und der elastische Schlauch gelockert.

Das Verfahren ist ganz gleich wie es oben für das Ligamentum latum schon beschrieben ist.

Es kann jetzt noch nöthig werden, den Stumpf zuzustutzen. Mit Hilfe der geknoteten Ligaturfäden kann man denselben bequem bewegen, fixiren, ohne dabei im Geringsten ein Abgleiten der Ligaturen befürchten zu müssen. Die Wundfläche des abgebundenen Gewebes wird desinficirt und mit Jodoform eingerieben.

Zum Schluss wird die ganze Wundfläche mit den beiden Peritoneallappen unter Einkrempelung durch eine sero-seröse Naht gedeckt und der Stumpf versenkt. In dem vorliegenden Fall wurde der Uterus in 5 Partien abgebunden. Als der provisorisch schnürende Schlauch gelüftet wurde, füllte sich der Stumpf mit Blut und sickerte ein wenig davon durch; doch folgte auf das Übernähen mit der Decknaht kein Tropfen mehr.

Die Drainage wurde aus den angegebenen Gründen unterlassen, der Stumpf versenkt, die Bauchhöhle gereinigt und geschlossen.

Welches sind die Vortheile der fortlaufenden Partienligatur?

Fortlaufend nenne ich sie, weil stets durch den gleichen Stichkanal zwei Fäden gelegt werden, also nicht die kleinste Partie des zu unterbindenden Stumpfes unligirt bleibt, andererseits auch nichts doppelt durchstochen und von zwei Fäden umschnürt wird.

Der Vortheil dieses einen Umstandes ist einleuchtend. Die Blutung ist selbst bei den derbsten Geweben und gegenüber den größten Gefäßen mit absoluter Sicherheit zu verhüten, wenn man die Ligaturpartien nicht zu groß nimmt. Ich habe oben 1 cm Breite genommen. Dies muss natürlich variiren nach der Derbheit und dem Blutreichthum des Gewebes.

Ein Abgleiten ist ganz unmöglich, weil die Ligatur unter der umschnürenden Fläche und parallel zu ihr durchgeht.

Dann wird durch das Zuschnüren der runde Stumpf von vorn nach hinten abgeplattet und so zur Übernähung mit den Peritoneallappen aufs günstigste gestaltet. Das Gewebe, was außer Ernährung gesetzt werden konnte, ist auf ein Minimum beschränkt, es beträgt nicht mehr als bei dicken Ovarialstielen. Aber der vorliegende Fall beweist, dass es gar nicht absolut außer Ernährung kommen muss.

Der allergrößte Vortheil neben der absoluten Sicherheit der Blutstillung besteht in der Raschheit und Bequemlichkeit der Methode, sie wird darin wohl noch übertroffen von der Umschnürung mit dem Gummischlauch mit Übernähung des Stumpfes. Diese Methode bietet aber nicht dieselbe Sicherheit gegen Blutung und zwingt einen größeren Stumpf, ein größeres Stück abgeschnürten Gewebes zu versenken.

Endlich gestattet die fortlaufende Partienligatur intraligamentär entwickelte Tumoren ohne Blutverlust auszuschälen und auch da noch zu operiren, wo die Gummischnur gar nicht mehr anwendbar ist.

Der einzige Einwand, den man erheben könnte, ist der Umstand, dass Gewebe außer Ernährung gesetzt, vollkommen abgeschnürt in die Bauchhöhle versenkt werden können. Diesem Einwand wollen wir etwas mehr entgegnen. Wie sind denn die Erfahrungen über versenkte abgeschnürte Gewebsstücke bei Thierexperimenten und Ovariotomien?

Diese Erfahrungen beweisen doch vollkommen, dass man ohne Bedenken aseptische Gewebsstücke versenken könne, wenn dieselben eine gewisse Größe nicht überschreiten. Daran möchte aber Vortr. doch erinnern, dass beim Versenken größerer Stücke Stoffwechselprodukte einer regressiven Metamorphose sich in so großer Quantität bilden können, dass der Körper darob toxisch erkranken, even-

tuell zu Grunde gehen kann. Bei kleineren Gewebsstücken dagegen, und darunter sind immer noch fingerbreite Stücke zu verstehen, läuft man keine Gefahr, sofern keine pathologischen Mikroorganismen während der Operation hinzugelangten. Die erste Operation nach dieser Methode hat der Vortr. schon im Jahre 1881 ausgeführt und davon gelegentlich in der Naturforscherversammlung in Salzburg (vgl. Rf. Bd. XVIII, p. 484) berichtet. Damals war in der Diskussion principiell der Schröder'schen Methode, weil sie kein todtes Gewebe zu versenken zwinge, der Vorzug gegeben worden. Nachdem Vortr. auch Schröder's Methode ausgeführt hat, betont er ihr gegenüber die weit sichere Blutstillung und die Möglichkeit, viel rascher zu operiren. Die Schröder'sche Etagennaht bildet zuletzt einen sehr schönen keilförmig zugespitzten Stumpf, aber sie nimmt um der vielen Nähte willen außerordentlich viel Zeit in Anspruch, vermehrt die Gefahr der Sepsis und die des Nachsickerns von Blut.

Im Ganzen hat Vortr. bis jetzt nach dieser Methode der fortlaufenden Partienligatur 5 Fälle von Myomotomien und Enucleationen operirt und alle geheilt, aber auch außerdem die fortlaufende Partienligatur in mannigfachster Weise mit größtem Vortheil verwendet, so bei Ovariotomien, Uterusexstirpationen und anderen Operationen.

Vortr. hat das eben beschriebene Verfahren zur Unterbindung der Lig. lata bei der Uterusexstirpation früher schon geübt und öffentlich empfohlen (Centralbl. f. Gyn. 1884 p. 405), seither allerdings die dort gewählte Bezeichnung »fortlaufende Etagenligatur« in fortlaufende Partienligatur abgeändert.

Eine ausführliche Mittheilung wird folgen.

Diskussion: Herr Sänger, habe vor einiger Zeit Thiersch nach einer ähnlichen Methode operiren sehen: der einzige Unterschied bestand darin, dass die Partienligaturen mittels seiner »Schiffchen« statt mit der Bruns'schen Stielnadel angelegt wurden. Das Verfahren nöthige dazu, verhältnismäßig große Mengen als Fremdkörper wirkender Seide stärksten Kalibers zu versenken, welche einer elastischen Ligatur an Masse mindestens gleichkomme. Aus den Öffnungen zwischen den ja eben nicht gekreuzten Ligaturen könne es leicht zu Blutungen kommen, eben so durch Lockerung der Fadenschleifen. Die elastische Ligatur mit symperitonealer Übernähung des Stumpfes, die er für gewisse, von ihm genau bestimmte Fälle immer noch befürworte, sichere vor Blutung und gestatte ebenfalls, den Stumpf sehr klein zu formen. Frägt schließlich den Herrn Vortr., wie er den Cervicalkanal behandle.

Herr Zweifel: Die Schleimhaut des Cervicalkanales wurde trichterförmig ausgeschnitten und die gestielte Nadel an der Grenze der Cervixschleimhaut ein- und ausgestochen.

Was die Bemerkung des Vorredners über ein ähnliches Verfahren mit Hilfe des Thiersch'schen Schiffchens betrifft, so kann Vortr. bei aller Anerkennung der Zweckmäßigkeit dieses Schiffchens für geeignete Fälle doch eine Parallelstellung gerade für die Myomotomie nicht zugeben. Das Thiersch'sche Schiffchen ist eine sehr dicke, stumpfe Nadel, welche das Öhr ziemlich weit rückwärts von der abgerundeten Spitze trägt. Dass dieses Instrument in allen Fällen von Myomotomie, also auch in Fällen, wo es eine dickere Schicht des derben Gewebes durchbrechen muss, durchgestoßen werden könne, bezweifle er. Aber selbst bei den Operationen, in denen es gute Dienste leiste, sei das Auswechseln der Fäden keineswegs in der Weise, wie bei der gestielten Schiebernadel möglich und entstehe die »Ähnlichkeit« der Stielbehandlung nur dadurch, dass das dicke Instrument umfängliche Gewebslöcher durchreißt, durch welche es eventuell auch wieder zurückgeführt werden kann. In derselben bequemen und sicheren Weise, wie die gestielte Schiebernadel lassen sich überhaupt die gewöhnlichen Nadeln, gleichviel ob stumpf oder spitz, nicht verwenden. Nur die Stielnadel mit Schieber gestatte das schnelle und sichere Operiren, wie es oben geschildert sei.

Recht gut könne man auch dünnere Seide gebrauchen als Vortr. gerade vorgezeigt habe, feines Chromsäurekatgut, vielleicht auch Silkwormgut. Gerade gegen die Gefahr der Blutungen aus dem abgebundenen Uterusstumpf bietet diese Me-

thode größere Sicherheit, als irgend eine andere, ja bei richtiger Ausführung absolute Garantie.

Herr Sänger skizzirt die beiden Formen des Thiersch'schen Schiffchens, das spindelförmige aus Elfenbein, das halbkreisförmig gebogene aus vernickeltem Messing: es gebe von beiden auch sehr schmale Nummern, die nur kleine Öffnungen erzeugten. Wollte nur auf die Gleichartigkeit des Endeffektes der Operation, sei es mittels Schiffchen, sei es mittels krummen Nadeln und Nadelhalter, oder mit Déchamps, oder mit der vom Vortragenden verwendeten Brunsschen Stielnadel, hinweisen; sonst sei letztere ersteren allerdings in jeder Hinsicht überlegen.

Herr Zweifel: Bei intraligamentären Myomen sei die Anlegung einer elastischen Ligatur sehr schwierig, die Ausführung seiner Partienligatur aber leicht.

Demonstrationen.

Herr Sänger: 1) Kindskopfgroßes Myom des Fundus uteri, gewonnen durch supravaginale Amputation bei einer 30jährigen Nullipara mit Prolapsus uteri et vaginae. Extraperitoneale Versorgung des Stumpfes behufs Beseitigung des Vorfalls. Glatte Heilung.

Herr Zweifel: Der Vorfall könne sich trotzdem wieder herstellen, wie er selbst erlebt habe.

Herr Sänger: Dies sei hier doch wohl nicht zu befürchten, da der Uterusstumpf nach der Hegar'schen Methode durch zahlreiche Seidensuturen fest in die Bauchwunde eingenäht wurde und es sich um eine Nullipara handelte, deren Scheide nur durch den Druck der jetzt entfernten Geschwulst herabgedrängt worden sei. Man könne aber auch später plastische Operationen in der Scheide noch anschließen, falls diese sich doch wieder senken sollte. (Nach $^1/_2$ Jahr fand sich der Stumpf noch vollkommen in situ.)

2) Kokosnussgroße rechtsseitige Parovarialcyste, entwickelt, wie fast alle kleineren Cysten derart, im lateralen Abschnitt der Mesosalpinx. An dem mitentfernten Ovarium ein gestieltes Corpus luteum ca. aus der 3. Woche. Ferner apfelgroße Dermoidcyste des linken Ovarium. Die Wand derselben zeigt eine taubeneigroße Anschwellung, in welcher etwa ein Dutzend bis erbsengroße, mit einer, dem Dermoidinhalte ähnlichen Masse gefüllte Hohlräume zu erkennen sind. Letztere erwies sich als Fettdetritus; eine epitheliale Auskleidung ließ sich nicht nachweisen. Vortr. ist geneigt, diese Bildungen als Graaf'sche Follikel anzusehen mit Wucherung und fettiger Degeneration der Membrana granulosa.

---

10) **Dudley.** Vorfall der Ovarien mit Varixknoten.

(Med. record 1887. August 20. p. 222. Referat aus einer Sitzung der New York pathologic. society.)

D. exstirpirte die Uterusanhänge einer unverheiratheten Hysterica, welche schon eine lange Reihe von Jahren leidend war und allerlei Kuren erfolglos durchgemacht hatte. Das rechte Ovarium war vergrößert, die Tube war gewunden und das Fimbrienende unterhalb des Ovarium fest verwachsen. Eben so war die linke Tube gewunden und am Beckenboden festgewachsen, unterhalb derselben befand sich ein großer Varixknoten. Einen solchen Varixknoten hatte er unter ähnlichen Verhältnissen schon 3mal früher gefunden und glaubt, dass von diesen die Reflexsymptome ausgehen können, ähnlich wie bei der Varicocele der Männer.

Lühe (Demmin).

11) **Matthews Mann** (Buffalo). Entfernung solider Geschwülste des Uterus und der Ovarien durch Laparotomie.

(New York med. journ. 1887. August 13. p. 191.)

M. hat im Ganzen 9 solcher Operationen ausgeführt und zwar 3 bei soliden Ovariengeschwülsten, 4 bei gestielten Uterusfibroiden und 2 bei »fibroiden Uterusvergrößerungen«. In einem der Fälle hatte er die intraperitoneale Stielversorgung gewählt; am Abend des Operationstages verfiel die Pat. in tiefen Collaps. In der

Annahme, dass es sich um eine Nachblutung handele, öffnete er die Bauchnaht, fand, dass die Ligatur abgeglitten war, legte daher eine Klammer an und die Kranke genas schließlich. **Lühe** (Demmin).

12) **S. P. Warren** (Portland). Ein Fall von unvollständigem Abort bei Zwillingsschwangerschaft.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Mai. p. 507.)

Bei einer 35jährigen IXpara findet sich nachstehender Befund. Geburt leicht. Nachgeburt und Eihäute gehen zusammen ab. Auf der mütterlichen Seite der Placenta findet sich eine flache, gelbliche, etwa 5 Zoll im Durchmesser haltende Masse, ähnlich einem Pfannkuchen. Auf der einen Oberfläche fanden sich Zeichen von Blutgefäßen, leer und von einem Centrum ausgehend. Die andere war unregelmäßig und knotig. Ein zartes, durchsichtiges Band von Gewebe, 2 Fuß lang und $^1/_2$ Zoll breit, verband die Scheide mit der Nachgeburt. Das Ganze machte den Eindruck einer Placenta, doch ließ sich vom Fötus keine Spur entdecken. Die Kranke giebt an, dass sie, die bereits 8mal vollkommen normale Schwangerschaften und Wochenbetten durchgemacht hatte, im 3. Monate ihrer jetzigen Schwangerschaft eine starke Blutung gehabt habe. Es bildete sich eine schmerzhafte Anschwellung in der rechten Hälfte, welche nach einiger Zeit verschwand. In dem Blut gab die Kranke an Stücke Fleisch bemerkt zu haben. W. nimmt an, dass es sich um Zwillingsschwangerschaft gehandelt habe, der eine Fötus ausgetoßen worden sei, die Placenta desselben zurückgehalten. **Engelmann** (Kreuznach).

13) **Thomas Smith** (Washington). Tetanus nach Abortus.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. April. p. 337.)

S. theilt nachstehenden Fall mit. Eine 27jährige IIpara, Prostituirte, hatte sich ihre 6monatliche Frucht durch Einführen eines spitzen Instrumentes abtreiben lassen. Als S. die Kranke sah, fand er neben mäßiger Blutung Empfindlichkeit des Leibes und übelriechenden Ausfluss. Am nächsten Tage stellten sich die ersten Erscheinungen von Tetanus ein, besonders ausgesprochen war der Trismus. Tod nach 40 Stunden. Die Sektion zeigte keinerlei Verletzung der Gebärmutter. S. ist der Ansicht, dass die Ursache des Tetanus in der Gemüthsbewegung der Frau, welche ihr Verbrechen verbergen wollte, beruhe. Anschließend daran bespricht S. eine Anzahl von Fällen, welche er in der Litteratur gefunden.

Engelmann (Kreuznach).

14) **Ephraim Cutter** (New York). Die galvanische Behandlung der Uterusfibroide; Bericht über die ersten fünfzig Fälle.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Februar. p. 113.)

C. wendet eine Batterie nach Stöhrer, 8 Zinkkohlenelemente, welche eine Stärke von 27 Ampère repräsentiren, an. Die Elektroden sind dreikantige, spitze Stilets, in der Mitte isolirt, dieselben werden durch die Bauchdecken der chloroformirten Kranken tief in die Geschwulst eingestoßen in der Weise, dass die beiden Spitzen etwa $^1/_2$ Zoll von einander stehen. In anderen Fällen ist es vorzuziehen, eine oder beide Elektroden durch die Scheide oder den Mastdarm einzuführen. Die Dauer der Sitzung war zwischen 3 und 15 Minuten, doch seien im Allgemeinen kürzere Sitzungen vorzuziehen; das Allgemeinbefinden, der Puls, die Respiration bildeten den Maßstab für die Dauer. Die Häufigkeit der Applikation richtete sich nach der Reaktion, im Allgemeinen wurde dieselbe alle 8—14 Tage wiederholt. Unter den 50 Fällen, welche ausführlich besprochen werden, endeten 4 letal in Folge der Operation, bei 7 zeigte sich kein Einfluss auf das Wachsthum der Geschwulst, 3mal wurde das Allgemeinbefinden gebessert, bei 25 Kranken gelang es, das Wachsthum der Geschwulst aufzuhalten, 11 konnten als vollständig geheilt entlassen werden. **Engelmann** (Kreuznach).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 6. **Sonnabend, den 11. Februar.** **1888.**

I. Das Creolin, ein zweckmäßiges Desinfektionsmittel für die Geburtshilfe.

Von

Dr. Max Kortüm,

Dirig. Arzt am Stadtkrankenhause zu Schwerin i/M.

Nach den überaus günstigen Erfahrungen, welche ich mit dem Creolin in der Chirurgie gemacht habe (cf. Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 46), habe ich das Mittel auch in der Geburtshilfe in Gebrauch genommen und kann dasselbe auch hier nach jeder Richtung hin als Antisepticum empfehlen. Von besonderem Nutzen erwies es sich mir in einigen Fällen, die mit Dammriss komplicirt waren. Es ließ sich die angelegte Dammnaht mittels der vorgelegten, in $^1/_2$%ige Creolinlösung getauchten Kompressen und der Waschungen mit derselben Lösung in einem so reinlichen und reizlosen Zustande erhalten, wie ich es bei Anwendung anderer Mittel nie gesehen habe. Auch kam schon bei Anlegung der Naht die schon früher von mir (l. c.) erwähnte blutstillende Wirkung des Creolins sehr zu statten, eine Eigenschaft, die das Mittel für die Geburtshilfe überhaupt sehr schätzenswerth macht.

Der entschiedenste Vorzug, den das Mittel vor allen anderen hat, ist seine Ungiftigkeit. Dazu kommt noch seine Fähigkeit, sich leicht und vollkommen in Wasser zu lösen. Diese beiden Eigenschaften machen es möglich, das Mittel den Hebammen und auch den Laien ohne Bedenken zum Gebrauch in die Hand zu geben. Es kann dabei nicht vorkommen, wie bei der Karbolsäure, dass einzelne Tropfen ungelöst bleiben und bei der Applikation auf die Schleimhäute resp. Wunden ätzend wirken.

Vor dem Sublimat hat es sowohl die Farbe als den kräftigen Theergeruch voraus, der die Kontrolle, ob wirklich desinficirt worden, wesentlich erleichtert.

Ich kann aus vollster Überzeugung das Creolin in $\frac{1}{2}$—2%iger Lösung den Geburtshelfern aufs Wärmste empfehlen, sowohl zur Desinfektion der Hände, die es nicht angreift, als zur Reinigung der Geburtstheile der Kreißenden resp. Wöchnerin.

II. Die Creolintamponade bei Atonie des Uterus post partum.

Von

Dr. Max Kortüm,

Dirig. Arzt am Stadtkrankenhause zu Schwerin i/M.

In einem Artikel über »Die Uterustamponade mit Jodoformgaze bei Atonie des Uterus nach normaler Geburt« in No. 35 dieser Zeitschrift von 1887 wird von Dr. A. Dührssen die Tamponade des Uterus warm empfohlen bei jenen unheilvollen Zuständen, in denen post partum der Uterus keine Neigung zur Kontraktion zeigt, und wo alle Mittel, Secale, Reiben des Uterus und heiße Irrigationen ohne Erfolg bleiben. Es ist nicht zu verkennen, dass das dort empfohlene Verfahren seine großen Vorzüge hat vor der von Zweifel empfohlenen Tamponade mit verdünnter Eisenchloridlösung. Allein es bleibt doch immer zu bedenken, dass das Jodoform ein Mittel ist, auf welches manche Individuen schon nach Resorption geringer Mengen ganz empfindlich reagiren, und möchte ich daher ein anderes Verfahren empfehlen, welches mir sehr gute Dienste geleistet hat, und welches beiden Indikationen, der von Zweifel besonders ins Auge gefassten Blutstillung und den Forderungen der Antiseptik gleichermaßen Genüge thut. Es ist dies die Ausstopfung der Uterushöhle mit Gazestücken, die in 2—3%ige Creolinlösung getaucht sind. Die Lösung kann ohne jede Gefahr auch stärker genommen werden, da, wie ich schon früher an anderem Ort[1] und auch in dieser Zeitschrift hervorgehoben habe, das Creolin absolut ungiftig ist und nicht ätzend wirkt.

Da das Creolin und seine Lösungen ein vorzügliches Blutstillungsmittel darstellen, so wirken die damit befeuchteten Tam-

[1] Berl. klin. Wochenschrift 1887. No. 46.

pons weit kräftiger, als die Jodoformtampons, und sie erreichen nahezu den Effekt der Anwendung des Liquor ferri, aber ohne die unangenehme Nebenwirkung des letzteren, ohne die mitunter furchtbare Zersetzung und Jauchung, so wie die Verwüstung des ganzen Genitalkanales. Da das Creolin außerdem als Antisepticum von keinem der bisher in der Geburtshilfe gebrauchten durchgehend giftigen Mitteln übertroffen wird, so ist für die Atonie des Uterus ein idealeres Mittel als das genannte nicht möglich.

Ich habe denn auch in der That in einem Falle diese Methode mit großem Erfolge angewandt. Es handelte sich um eine Mehrgebärende, bei der ein Kind mit Hydrocephalus (in Steißlage) mit größter Mühe ans Licht gefördert worden war und bei der durch den riesigen Schädel (der nachfolgende Kopf musste angebohrt und etwa 3 Liter Wasser abgelassen werden, um die Extraktion zu ermöglichen) der Uterus so aufgetrieben gewesen war, dass die Hebamme und die vorher gerufenen Ärzte Zwillingsschwangerschaft diagnosticirt hatten. Nach Beendigung der Geburt wurde weder durch Reiben des Uterus, noch durch Secale cornutum, noch durch heiße, noch auch durch kalte Irrigationen Etwas erreicht, und wurde nach diesen fruchtlosen Bemühungen der Uterus mit in ca. 2%ige Creolinlösung getauchten Gazekompressen ausgestopft mit dem Erfolge, dass sofort die Blutung stand und der Uterus sich fest kontrahirte. Wenn auch in diesem Falle die Kranke nach einigen Stunden der großen Erschöpfung (nach 36stündiger Geburtsarbeit) erlag, so blieb doch der günstige Effekt am Uterus bis zum Tode konstant, und ich kann, indem ich dies Verfahren empfehle, hinzufügen, dass in Fällen von Metrorrhagie Vaginaltampons, mit Creolinlösung durchtränkt, 12—24 Stunden liegen konnten, ohne unangenehmen Geruch anzunehmen und ohne irgend welchen üblen Einfluss auf die Vagina zu äußern. Da ich außerdem in der Chirurgie die günstigsten Erfahrungen mit dem Creolin gemacht habe, so kann ich mit gutem Gewissen die Creolintamponade für die in Frage stehende Atonie des Uterus als rettende That dringend empfehlen.

Bemerken möchte ich noch, dass es sich empfiehlt, das Creolin, dessen Analyse nächstens veröffentlicht werden wird, von der Firma William Pearson, Hamburg direkt zu beziehen, resp. durch die Apotheke beziehen zu lassen.

---

1) **Bruck** (Budapest). Ignaz Philipp Semmelweiß.

Wien und Teschen, **K. Prochaska**, 1887.

Der Verf. vorliegender Schrift hat sich die verdienstvolle Aufgabe gestellt, das Andenken an einen Mann aufzufrischen, der von der Mehrzahl seiner Zeitgenossen verkannt und missachtet, auch heute vielleicht noch nicht die allgemeine Anerkennung gefunden hat, die ihm gebührt. Die bezeichnete Aufgabe ist hier an der Hand eines offenbar sehr eingehenden Quellenstudiums mit großer Liebe

und Sorgfalt gelöst worden. Man wird kaum eine detaillirtere Darstellung des kämpfereichen Lebens Ignaz Philipp Semmelweiß' irgend wo finden, als sie von B. gegeben worden ist. Es wird in dem Buche der Nachweis geführt, dass Semmelweiß nicht allein der Erste war, der die Natur des Puerperalfiebers richtig als die einer reinen Infektionskrankheit erkannte, sondern, dass er auch bereits alle Maßregeln zu seiner Verhütung anwandte, die heute dafür gang und gäbe sind, mit dem einzigen Unterschiede, dass er statt der heute gebräuchlichen Desinficientien den Chlorkalk benutzte. Ja es wird angegeben, dass seine Therapie bei bereits eingetretenem Wochenbettfieber in nuce schon die gleiche war wie jetzt, nämlich in Reinigung der Uterushöhle durch Ausspritzungen etc. bestand. Die Schilderung der Kämpfe, die Semmelweiß bei der Propaganda für seine neue Lehre zu bestehen hatte, ist verknüpft mit einer anschaulichen Darstellung der hygienischen Methoden und Zustände der Gebäranstalten in der vorantiseptischen Zeit und macht das Buch dadurch in der That zu einer interessanten Studie der Entwicklungsgeschichte der Antisepsis. Verf. hält dabei nicht zurück mit Ausfällen gegen die Widersacher Semmelweiß', unter denen sich nicht wenige Namen noch jetzt lebender gynäkologischer Größen finden, denen, wie es scheint, nicht mit Unrecht der Vorwurf gemacht wird, dass ihr Vorgehen kein ganz vorurtheilsfreies gewesen sei. Wie dem auch sei, das Buch enthält die beherzigenswerthe Lehre, neue Anschauungen, auch wenn sie sich mit den hergebrachten nicht vertragen, sachlich zu prüfen und nicht mit Achselzucken ad acta zu legen. Alles in Allem ist die Schrift B.'s als lesenswerth sehr zu empfehlen.

Born (Breslau).

---

2) **H. Schoppe** (Bonn). Der Brechdurchfall der Säuglinge und seine Behandlung.

Bonn, **P. Haustein,** 1887.

S. tritt der weit verbreiteten Annahme entgegen, dass der bei Cholera infantum die Kinder bedrohende Collaps nur eine Folge der durch Erbrechen und Abführen stattgefundenen serösen Verluste sei. Wäre sie zutreffend, so müsste der Collaps in einem geraden Verhältnis zu der Intensität der beiden letztgenannten Symptome stehen. Er tritt aber oft schon zu einer Zeit auf, wo diese nur einen unbedeutenden Grad aufweisen. Umgekehrt können Erbrechen und Abführen lange Zeit anhalten, ohne dass irgend welche bedeutende und beängstigende Collapserscheinungen eintreten. S. sieht jene daher nicht als ausschlaggebend für die Diagnose an, sondern eine Reihe von Erscheinungen, welche sich schon im Anfang der Erkrankung bemerkbar machen und im Verlauf derselben immer deutlicher hervortreten. Vor Allem bedarf das Verhalten des Pulses und der Hauttemperatur der Beachtung. Der erstere ist außerordentlich dünn, beinahe fadenförmig, etwas verlangsamt. Gleichzeitig zeigt die Haut eine auffallende Kälte.

S. hat in einer Reihe von Fällen, welche er kurz nach dem Auftreten der Erkrankung in Behandlung bekam, Temperaturmessungen angestellt. Immer ergab sich eine hochgradige Abnahme der Hautwärme, und zwar schon zu einer Zeit, wo das Abführen nur unbedeutend und das Erbrechen kaum merklich vorhanden war. Erst später entwickelten sich diese beiden Symptome zu der Höhe und Ausdehnung, welche bei der Cholera infantum für die gewöhnliche gilt.

Um auch auf experimentellem Weg den Beweis zu führen, dass der Verlust an serösen Flüssigkeiten nicht den bedenklichen Symptomenkomplex der Cholera infantum herbeiführe, verglich S. die Quantität der erbrochenen und durch den Stuhl entleerten Massen mit den durch 3—4 Stunden unterhaltenen profusen Schweißsekretion bei Kindern gewonnenen Flüssigkeitsmengen. Sie betrugen häufig das 3—4fache der ersteren, ohne dass das Gesammtbefinden der betreffenden Kinder in merklicher Weise beeinflusst wäre.

Verf. steht auf Grund dieser Resultate nicht an, die Ursache der Collapserscheinungen in anderen Vorgängen, als dem Erbrechen und den Durchfällen zu suchen. Er weist auf die überraschende Ähnlichkeit hin, welche die Cholera infantum im äußeren Verlauf sowohl, wie im anatomischen Befund mit dem sogenannten Shock bietet, welcher bekanntlich als eine durch traumatische Erschütterung bewirkte Reflexlähmung der Gefäßnerven, besonders des Splanchnicus angesehen wird, und erklärt den Collaps bei Brechdurchfall der Kinder als eine funktionelle Lähmung des Splanchnicus. Die durch dieselbe hervorgerufene Blutüberfüllung des Intestinaltractus hat sowohl das Erbrechen und die Durchfälle, wie die Collapserscheinungen zur Folge. Gegen sie richtet sich daher die von S. empfohlene Behandlung, welche der Hauptsache nach eine hydriatische ist. Feuchte Einpackungen des ganzen Körpers oder des größten Theiles seines Umfanges haben eine Ausdehnung und stärkere Füllung der Blutgefäße der Haut zur Folge und dadurch eine Entlastung der überfüllten Gefäßpartien. Außerdem wirkt die Applikation des kalten, nassen Tuches auf die Gesammtmenge peripherischer Endigungen der sensiblen Nerven als ein gewaltiger Nervenreiz und dadurch Collaps bekämpfend. Gegen den letzteren empfiehlt Verf. außerdem die Anwendung von Senfbädern und mehrmalige Gaben sehr starken, schwarzen Thees, eventuell mit Zusatz einiger Tropfen guten Kognaks.

In solchen Fällen, wo Erbrechen und Durchfall in besorgniserregendem Grad auftreten, scheut S. sich nicht, Opium zu geben, allerdings unter genauer Kontrolle des Kindes. Bei schon vorhandenen Collapserscheinungen muss zuerst gegen diese in der angegebenen Weise vorgegangen, dann erst Opium gereicht werden.

Graefe (Halle a/S.).

---

3) Th. Schaad (Schaffhausen). Über Vorlage und Vorfall der Nabelschnur.

Inaug.-Diss., Schaffhausen, 1886.

S., welcher seiner Arbeit in erster Linie das Material (der letzten 10 Jahre) der Berner geburtshilflichen Klinik, in zweiter Statistiken anderer Autoren zu Grunde gelegt hat, unterscheidet 1) uterine Vorlagen (Nabelschnur auch in der Uterushöhle hinter den Eihäuten); 2) Vorfälle (Nabelschnur fällt nach dem Blasensprung vor, ohne vorher als vorliegend diagnosticirt zu sein); 3) vaginale Vorlagen, ohne Übergang in Vorfall (Nabelschnur in der sich tief in den Vaginalkanal herabdrängenden Blase wird durch einen therapeutischen Eingriff am Vorfall verhindert); 4) vaginale Vorlagen mit Übergang in Vorfall.

Das Ergebnis seiner statistischen Zusammenstellungen ist folgendes:

1) Bern hat eine relativ sehr hohe Zahl von Vorlagen und Vorfällen der Nabelschnur, besonders gesteigert ist die Frequenz bei Kopflagen.

2) Das Verhältnis der Häufigkeit der Vorlagen (uterine und vaginale) zu derjenigen des Vorfalles stellt sich wie 34:75.

3) Vorlagen kommen hauptsächlich bei Querlagen, dann bei Kopf-, in letzter Linie bei Beckenendlagen vor.

4) Vorlagen kommen überwiegend häufiger bei Mehrgebärenden vor.

5) Uterine Vorlagen sind selten.

In Betreff der Ätiologie ergab sich, dass Beckenenge auch in der Berner Klinik sehr häufig das ursächliche Moment des Vorfalles resp. der Vorlage war, dass das häufige Vorkommen enger Becken daselbst wohl die Hauptschuld an der hohen Frequenz der Vorfälle trägt. Vorlagen wurden bei Iparen nur bei engem Becken diagnosticirt; Vorfälle vertheilten sich auf I- und Multiparae auf normale und enge Becken ziemlich gleichmäßig, eben so die Vorlagen bei den Mehrgebärenden. »Viel« und »sehr viel« Fruchtwasser war bei 41 Fällen verzeichnet; es bestätigte sich also, dass eine zu große Menge Fruchtwasser ein prädisponirendes Moment für den Nabelschnurvorfall sei. Als weitere das Ereignis begünstigende Faktoren fanden sich abnorme Länge der Nabelschnur, tiefer Sitz der Placenta, absolute Kleinheit des Kindes und besonders des Kopfes bei normal weitem mütterlichen Becken.

Dass der Nabelschnurvorfall ohne direkten Einfluss auf die Mortalität der Mütter ist, ist selbstverständlich. Dagegen starben von 100 in der Berner Klinik unter dieser Komplikation geborenen Kindern 34 und zwar wurden 25 todtgeboren (2 faultodt); 9 starben post part. Merkwürdig ist es, dass bei Kopflagen die Mortalität der Kinder bei Iparen geringer war (27%) als bei Multiparen (35%).

Die Behandlung bestand bei 30 Fällen in Reposition der Nabel-

schnur. In 22 Fällen gelang sie. Gewöhnlich wurde sie manuell ausgeführt; in 4 Fällen, wo sie hierbei nicht glückte, wurde instrumentelle Reposition mit einer schlingentragenden Schlundsonde versucht, aber vergeblich.

Das Anlegen der Zange erwies sich auch in Bern als nützlich und lebensrettend. Von 11 mit ihr extrahirten Kindern wurden nur 2 todtgeboren, eins starb 24 Stunden post part. Sehr günstige Resultate ergab auch die innere Wendung. In 13 Fällen (8 enge, 5 normale Becken) wurde nur ein Kind todtgeboren.

Bei Beckenendlagen und reinen Querlagen wurde auf jede Behandlung des Nabelschnurvorfalles an sich verzichtet und sofort zur Extraktion resp. Wendung und Extraktion geschritten. Bei 5 Schieflagen gelang 3mal die Reposition der vorgefallenen Nabelschnur und das Einleiten des Kopfes. Graefe (Halle a/S.).

---

4) **Eichholz** (Jena). Zur Diagnose und Therapie der atypischen Uterusblutungen.

(Separatabdruck aus »Der Frauenarzt« 1886. Hft. 1 u. 2.)

E. hat 34 Fälle von atypischen Blutungen nach vorausgegangener Dilatation und Abtastung behandelt. Die Dilatation wurde durch mehrmalige Applikation von Laminariastiften erzielt. Durchschnittlich nahm sie 3 Tage in Anspruch. Einige Male musste das Verfahren wegen eingetretener Temperatursteigerung ausgesetzt werden. In einem Fall bildete sich in der zweiten Woche post operat. ein großes parametritisches Exsudat; in einem anderen folgte eine leichte Parametritis. Zum zweiten Mal kamen wegen recidivirender Blutungen 8 Pat. in Behandlung. Nur 2- oder 3mal wurde von der Curette Gebrauch gemacht, in allen übrigen Fällen wurden die Prominenzen mit der Löffelzange abgekniffen.

Die erzielten Resultate, 7 bekannt gewordene Misserfolge — einen Fall von Recidiv einer Endom. fung. nach 2 Jahren schaltet E. mit Recht aus — bereits im ersten halben Jahre nach der Anwendung der Dilatation haben E. zum Gegner derselben gemacht. Er schließt seine Arbeit mit folgenden Sätzen:

1) Die Abtastung des Uterusinneren bei atypischen Blutungen desselben ist für die Mehrzahl der Fälle entbehrlich.

2) Die Diagnose einer Endom. fungosa lässt sich aus anderen Symptomen: Blutungen, Fluor albus, Erosion der Vaginalportion, Vergrößerung des Corpus, Winkelsteifigkeit, das Vorhandensein eines Abortrestes aus der Anamnese vermuthen.

3) Für die Therapie ist es gleichgültig zu wissen, wo eine weiche Schleimhautwucherung oder ein Abortrest sitzt, da man ohne Schaden den Uterus seiner ganzen Schleimhaut berauben kann. Durch mehrmalige Laminariaapplikation wird in diesen Fällen die Sicherheit der Diagnose beeinträchtigt.

4) Harte Neubildungen im Uterusinneren sind mit der Sonde zu

diagnosticiren. Doch ist in diesen Fällen zur Vervollkommnung der Diagnose und zur bequemen Ausführung der Therapie eine ausgiebige Dilatation und Abtastung vorzunehmen.

5) Dasselbe gilt für diejenigen Fälle, wo entweder die mikroskopische Untersuchung mit Sicherheit das Vorhandensein einer malignen Neubildung oder andere Symptome die Wahrscheinlichkeit derselben vermuthen lassen.

6) Die Dilatation ist wenn möglich mit stumpfen Dilatatoren vorzunehmen; nur bei großer Rigidität des Uterusgewebes ist dieselbe durch Applikation eines dicken Laminariastiftes zu vervollkommnen.

Graefe (Halle a/S.).

---

5) **René Duzéa** (Lyon). Semesterbericht aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Fochier.

(La prov. méd. 1887. No. 18.)

Von 2 Ovariotomien, über welche D. berichtet, blieb eine wegen zu zahlreicher Adhäsionen des Kystoms unvollendet; die andere bot keine wesentlichen Schwierigkeiten. Nach beiden entwickelte sich bei vollständig fieberlosem Heilungsverlauf eine Phlegmasia alba dolens des rechten Beines, welche verhältnismäßig schnell bei ruhiger Rückenlage wieder verschwand. Interessant ist ein Fall von 6maligem Abort im 6. resp. 7. Graviditätsmonat bei einer früher gesunden Frau, welche seit ihrer Verheirathung stets kränklich gewesen. Jedes Mal trat während der Gravidität Albuminurie ein, um nach Unterbrechung derselben sehr schnell wieder zu verschwinden (cf. Fehling, dieses Blatt 1885. No. 41). Eklampsie war nie aufgetreten, überhaupt ist der Geburtsverlauf stets ein normaler gewesen. Seit 2 Jahren war keine Gravidität wieder eingetreten. Trotzdem hatte sich das Befinden der Pat. verschlechtert. Unterleibsschmerzen und vor Allem profuse, 14tägige Menorrhagien brachten sie mehr und mehr herunter. Schließlich verlor sie fast dauernd Blut. Bei der Aufnahme in die Klinik fand sich der Uterus etwas vergrößert, der äußere Muttermund klaffend, im Urin etwas Eiweiß, sonst nichts Abnormes.

Heiße Vaginaldusche, Tamponade mit Jodoformgaze, tonisirende Mittel innerlich brachten nur vorübergehende Besserung. Dann traten äußerst profuse Blutungen ein, welche durch Tamponade mit jodoformirter Watte gestillt wurden. In der Zwischenzeit Ergotin subkutan; intra-uterine Injektionen, einmal mit Tct. Jodi. Nach erneuter Tamponade heftige Leibschmerzen, starke Temperatursteigerung (40°) am folgenden Tag. Exitus letalis.

Wenn D. die Todesursache — Autopsie wurde nicht gestattet — in einem Rückfluss von Blut in die Peritonealhöhle und dadurch bedingter Peritonitis vermuthet, so liegt es mit Rücksicht auf die plötzliche Temperatursteigerung doch näher, an eine durch resp. bei der Tamponade gesetzte septische Infektion zu denken. Dass er intra-uterine Injektionen für nicht unbedenkliche Eingriffe — er

spricht von möglicher Perforation des Uterus — ansieht, ist für deutsche Gynäkologen, welche von denselben einen so ausgedehnten Gebrauch machen, nicht recht begreiflich; eben so wenig, dass kein Versuch gemacht worden ist, die Ursache der Metrorrhagien festzustellen, sei es durch Dilatation des Uterus, sei es durch Curettement. Letzteres hätte an sich, handelte es sich nur um Endometritis fungosa, die Blutung beseitigt. Wahrscheinlicher ist es allerdings, dass eine carcinomatöse oder sarkomatöse Entartung der Uterusschleimhaut vorlag.

Eine 58jährige Frau, welche früher angeblich eine nicht unerhebliche Zunahme des Unterleibes, besonders zwischen Nabel und Symphyse an sich beobachtet hatte, die später aber wieder verschwunden war, ließ sich wegen Tenesmus vesicae in die Klinik aufnehmen. Abgesehen von einem Harnröhrenpolypen fand sich im vorderen Scheidengewölbe, unmittelbar in den Uterus übergehend, ein mehr elastischer als fester Tumor, bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse reichend. Die Diagnose schwankte zwischen Fibrom und einem cystischen Tumor. Die Punktion entleerte eine schokoladenartige, keine Blutkörperchen, sondern nur Cholestearinkrystalle enthaltende Flüssigkeit. D. ist der Ansicht, dass es sich um einen alten abgekapselten peritonealen Erguss oder eine ante-uterine Hämatocele gehandelt habe. Pat. genas; die Beschwerden blieben fort; der Tumor kehrte nicht wieder.

Bei einer über Unterleibsschmerzen, Verstopfung und sonstigen Verdauungsbeschwerden klagenden Pat., welche ein Jahr zuvor schwer mit der Zange entbunden war und seitdem kränkelte, fand sich der Uterus durch eine von der linken Hälfte der Portio zu derselben Seite der Vagina ziehende narbige Brücke in Retroversion fixirt. Diese wurde durchtrennt, 4 Tage später ein Pessar eingelegt. Danach verschwanden die erwähnten Beschwerden. Fochier hat mehrere ähnliche Fälle beobachtet.

Ein interessanter Fall von Hämatometra bei einer 49jährigen Frau beschließt den Bericht. Pat. war nur einmal im 25. Jahre gravid gewesen, hatte aber abortirt. Im 48. Jahre blieben die Menses plötzlich aus; der Leib wurde allmählich stärker. Obstipation, Urinbeschwerden stellten sich ein. Die Untersuchung ergab, dass im Abdomen ein kindskopfgroßer Tumor vorhanden, der sich wie ein schwangerer Uterus anfühlte. Bei dem Versuch p. vag. zu exploriren fand sich diese durch eine feste Membran verschlossen. Durch Punktion und Incision der Membran wurde eine große Menge theerartig eingedickten Blutes entleert. Unter antiseptischen Ausspülungen verkleinerte sich der Uterus bald bis zur Norm.

Graefe (Halle a/S.).

Kasuistik.

6) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 13. Januar 1888.

Vorsitzender: Herr Olshausen, später Herr Kauffmann,
Schriftführer: A. Martin.

Die Gesellschaft lehnt auf Antrag des Vorstandes es ab, ihre Tagesordnung in den »Berliner Anzeigen« des Herrn Großer abdrucken zu lassen und beschließt, die bisherige Art der Veröffentlichung derselben beizubehalten.

I. Demonstration von Präparaten:

a) Herr J. Veit legt vor 1) einen Ovarientumor, den er unter dringenden Symptomen bei Torsion entfernt hat. Die betreffende Pat., von der der Tumor stammt, erkrankte nach einer Entbindung im September vorigen Jahres unter den Erscheinungen akutester Peritonitis, die allerdings keinen septischen Eindruck machte, aber einen Tumor als Ursache bei dem starken Meteorismus nicht zeigte. Nach 6 Wochen wurde gelegentlich ein weicher, schlaffer Tumor in der Bauchhöhle entdeckt, Ende December erneute Peritonitis, diesmal wurde bei schlechtem Aussehen der Pat. ein Tumor konstatirt, der bis über den Nabel reichte und äußerst schmerzhaft war. Da Vortr. der Ansicht war, dass Pat. durch die akuten Erscheinungen noch durchkommen würde, verschob er die Operation, bis die Symptome nach 2 Tagen etwas zurückgegangen waren, um dann unter günstigen äußeren Bedingungen nach dem Transport in seine Klinik zu operiren. Die Ovariotomie selbst war einfach, der Tumor jetzt in ganzer Ausdehnung locker mit der Umgebung verklebt, der Stiel 3mal um seine Achse gedreht und ein großer Bluterguss sowohl in das Lig. latum, wie auch in den Tumor erfolgt. Rekonvalescenz ungestört.

2) eine Tubengravidität, die er am Morgen des 13. Januar operirt hat. Es ist dies seine neunte Operation desswegen. Diesmal ist das Präparat besonders bemerkenswerth wegen der Reflexabildung, welche sich deutlich zeigt. Die Operation bot keine Schwierigkeiten dar. (Pat. ist übrigens wie die letzten 8 Fälle glatt genesen.)

b) Herr Czempin demonstrirt die Uterusanhänge einer 33jährigen Pat., welche er vor 4 Tagen durch die Laparotomie entfernt hatte. Die Pat. war nie menstruirt gewesen und litt an heftigen, periodenweise dem Typus der Menstruation entsprechend wiederkehrenden Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Sie war vielfach in gynäkologischer Behandlung gewesen, ohne dass eine Besserung ihrer Beschwerden erzielt wurde. In letzterer Zeit waren die Schmerzen andauernd geworden und hatten die Pat. völlig arbeitsunfähig gemacht. Bei der Untersuchung vor ca. ¼ Jahr fand sich der Uterus mäßig klein, 5 cm lang, das linke Ovarium ca. apfelgroß, das rechte kleiner als normal. Starke Empfindlichkeit der Beckenorgane. Pat. wurde mit Skarifikationen, Jodpinselungen, Narkoticis etc., schließlich mit Discisio cervicis und Sondirung des Uterus behandelt, jedoch stets mit geringem Erfolg. Als sie durch den plötzlichen Tod ihres Mannes auf ihren eigenen Erwerb angewiesen war, entschloss sie sich endlich zu der ihr oft und von vielen Seiten angerathenen Operation, der Entfernung der Uterusanhänge. Die Operation verlief im Ganzen ohne Zwischenfall. Beide Ovarien waren fast von normaler Größe und zeigten neben kleinen Cysten deutlich ein Corpus luteum, also ein Zeichen, dass eine Ovulation bestanden hatte. Links fand sich eine apfelgroße Parovarialcyste; beide Tuben waren am abdominalen Ende atretisch und waren cystisch entartet. Die Pat. konnte am 15. Tage nach völlig glatter Rekonvalescenz geheilt entlassen werden.

c) A. Martin legt ein Präparat vor, welches er am 30. December 1887 durch Laparotomie entfernt hat. Die Pat., eine 52jährige Frau, seit 2 Jahren cessirt, hatte an lebhaften Unterleibsbeschwerden gelitten. Sie war auf Lebererkrankung behandelt worden, bis ihr Leibesumfang auf 142 cm angewachsen war. Das Ödem der Bauchdecken und der Beine verursachte verzweiflungsvolle Beschwerden. Die Dicke der Bauchwand erschwerte die Diagnose. Bei der Laparotomie entleerte

sich das Ödem der Bauchwand wie aus einem Schwamm, nach Eröffnung der Bauchhöhle floss sehr viel Ascites ab. Der Tumor stellte sich in seinem oberen Abschnitt als enorm große Cyste, in dem unteren als fast solider Tumor dar. Die Därme waren in sehr großer Ausdehnung mit der Geschwulst so innig verwachsen, dass ein Stück der Geschwulstwand am Darm zurückgelassen werden musste, als bei dem Versuch der Ablösung die Serosa einriss. Es stellte sich nun heraus, dass die Geschwulst ein kolossales cystisches Myom des Corpus ist. Die supravaginale Absetzung erfolgte in typischer Weise, der Douglas wurde nach der Scheide drainirt, die Därme, welche etwa 25 Minuten draußen gelegen hatten, reponirt, die sehr lange Bauchwunde (sie maß nach dem Abschluss der Naht noch 33 cm) vernäht. Pat. hat eine ungestörte Rekonvalescenz durchgemacht. Die große Cyste enthielt einen klaren, eiweißreichen Inhalt, der anscheinend solide untere Theil blutgefüllte Räume, an deren Wand ein Endothel nicht nachweisbar war.

II. Diskussion über den Vortrag des Herrn Olshausen: Über eine besondere Todesursache nach Laparotomie.

Herr Gusserow vermeidet die Eventration der Därme principiell und hat bei den zahlreichen kleinen Tumoren des kleinen Becken, welche das Material der Charité ihm bietet, viel weniger in dem Verhalten der Därme, als in der tiefen Insertion dieser Geschwülste im Becken Schwierigkeiten gefunden. Die Därme lassen sich verhältnismäßig leicht durch Schwämme zurückdrängen, die Tumoren müssen von der Scheide oder dem Rectum aus nach oben verlagert werden. Die von dem Herrn Vortr. erwähnten Symptome hat auch Herr Gusserow gesehen, also bei Fällen ohne Eventration, sie sind wohl identisch mit den besonders von englischen Autoren beschriebenen Fällen von Pseudoileus. Dieselben gehören in der Regel einer schweren Form von Sepsis an.

A. Martin bestätigt zunächst, dass auch er in dem Bilde, welches der Herr Vortr. skizzirt hat, eigene Beobachtungen wiedergespiegelt sieht. In der Deutung desselben kann er aber dem Herrn Vortr. nicht beistimmen. Der frequente Puls, welcher sich in diesen Fällen von Anfang an fand, muss entweder auf Anämie oder Intoxikation, resp. Infektion hinweisen. Dazu kommt das massenhafte Erbrechen dunkel gefärbter Flüssigkeit, der Meteorismus und endlich die wenn auch nicht erhebliche Temperatursteigerung, um für die beschriebenen Fälle die Ähnlichkeit mit einer allerdings nicht gewöhnlichen Form von Sepsis zu vollenden. Das Ergebnis der anatomischen Untersuchung lässt ebenfalls eine dahingehende Vermuthung als nicht ausgeschlossen erscheinen (Flüssigkeit in cavo peritonei, leichte Fibrinbeschläge, circumscripte Infiltration des Peritoneum) zumal die mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsergebnisse nicht vorliegen. Und ohne diese muss A. Martin es für misslich erachten, Sepsis auszuschließen. Wie die Untersuchungen von Pawlowsky aus dem Laboratorium von Rosenbach (Centralblatt für Chirurgie No. 48, 26. Nov. 1887) wieder zeigen, sind die bakteriologischen Forschungen über die Peritonitis noch keineswegs als abgeschlossen zu betrachten. In den eigenen analogen Fällen hat die diesen Untersuchungsmethoden entsprechende Prüfung stets das Vorhandensein septischer Keime ergeben. Bei dem Fehlen dieser war der klinische Verlauf wesentlich anders, ruhiger Puls, vollständig normale Temperatur bis gegen das Ende hin. Da war denn allerdings Abknickung des Darmrohres, resp. in einem Fall Abschnürung desselben durch einen Adhäsionsfetzen als die Ursache der Verlagerung des Darmes zu erkennen.

Eine kurz andauernde Eventration hält A. Martin auch heute noch nicht für verderblich, eine lange währende bietet unzweifelhaft für Infektion und andere Übelstände (z. B. Intoxikation mit Desinficientien) Gelegenheit. Auch muss die Einklemmung des Darmes im oberen Wundwinkel bedenklich erscheinen. Anderweite Beobachtungen, so auch die von Herrn Gusserow zeigen, dass die von dem Herrn Vortr. erwähnten Lähmungszustände ohne Eventration ebenfalls vorkommen können, und so will A. Martin allerdings, der Anregung des Herrn Vortr. folgend, eine längere Eventration als nicht unbedenklich anerkennen, während er eine kurz dauernde auch heute noch für ungefährlich, unter Umständen aber für die Operation sehr förderlich bezeichnen muss.

Herr Borchert möchte doch entgegen den bisher in der Diskussion geltend gemachten Bedenken an der Auffassung des Herrn Geheimrath Olshausen festhalten, dass schwere Insulte, die den Darm bei Laparotomien treffen, durch Darmparalyse den Tod herbeiführen können. Borchert stützt sich hierbei auf einige Erfahrungen, die er als Assistenzarzt der chirurgischen Abtheilung des städtischen allgemeinen Krankenhauses seiner Zeit zu machen Gelegenheit hatte, und zwar betreffen dieselben 2—3 Fälle von Herniotomien, als deren Todesursache einzig und allein die Darmparalyse durch die Sektion festgestellt werden konnte. Der klinische Verlauf dieser Fälle war gewöhnlich der, dass die Pat. in den ersten Tagen nach der Operation eine relativ günstige Prognose boten, die Passage des Darmes hatte sich wieder hergestellt, Stuhlgang war erfolgt, am 3.—4. Tage schwoll dann der Leib allmählich an, es stellte sich Erbrechen ein, die Pulsfrequenz stieg bei geringem Fieber und die Pat. gingen unter Zunahme dieser Erscheinungen um das Ende der ersten Woche unter dem etwas zweifelhaften Bilde der Peritonitis zu Grunde. Bei der Sektion, die von dem verstorbenen Prof. Carl Friedländer ausgeführt wurde, fand sich keine Spur von Peritonitis, die Serosa war vollkommen glatt und glänzend; es wurde eben nur der Darm hochgradig aufgetrieben und mit flüssigem Inhalt reich gefüllt gefunden, dies war die einzige auffallende Veränderung, alle übrigen Organe boten trotz genauer Durchforschung keine Anhaltspunkte zur Erklärung des letalen Ausganges. Zur Erklärung des Todes nahm auch Friedländer seiner Zeit eine Resorption von toxischen Alkaloiden des Darminhaltes in die allgemeine Blutbahn an, glaubte allerdings weniger die Gesammtoberfläche der Darmschleimhaut, als vielmehr die stark lädirte Schleimhaut der incarcerirten Schlinge — dieselbe zeigt gewöhnlich stark blutige Suffusionen, Epitheldefekte etc. — als Ort der Aufnahme der Ptomaine ansehen zu müssen. Mag man nun dieser immerhin noch hypothetischen Annahme einer Intoxikation als Todesursache beipflichten, oder noch andere Schädlichkeiten zur Erklärung heranziehen, — wie das fortwährende Erbrechen bei absolut ungenügender Nahrungsaufnahme, die vielfachen Insulte des Peritoneums, die reflektorisch zur Herzparalyse führen können etc., die eine Thatsache glaubt auch Borchert als feststehend ansehen zu müssen, dass in einigen, wenn auch immerhin seltenen Todesfällen nach Laparotomie die Darmparalyse als alleinige anatomische Veränderung durch die Sektion festgestellt wird.

Herr Dührssen: Herr Martin erwähnte, dass eine bei der Auspackung der Därme entstehende Abknickung des Darmes schädliche Folgen haben kann. Ein Fall von Runge (Petersb. med. Wochenschrift 1887 No. 19 u. 20) zeigt nun, in wie fern eine auch nur vorübergehende Abknickung den Tod an Ileus herbeiführen kann. In dem Runge'schen Fall traten nach glatt verlaufener Myomotomie alle Symptome des Ileus auf, welche Runge zur nochmaligen Eröffnung des Abdomens veranlassten. Er fand eine scharfe Abknickung eines Darmstücks, dessen beide Schenkel durch leichte fibrinöse Verklebungen mit einander verbunden waren. Die Verklebung wurde gelöst und die Abknickung beseitigt. Trotzdem blieben die Erscheinungen des Ileus bestehen, so dass Runge nochmals das Abdomen öffnete. Das abgeknickt gewesene Darmstück erwies sich in einer Länge von 2 cm völlig luftleer und kollabirt. Doch war es frei von irgend welchen fibrinösen Auflagerungen und zeigte keine Abknickung mehr. Nur durch starken Druck auf den oberhalb gelegenen Darm gelang es, Luft durch die kollabirte Partie hindurchzutreiben. Doch fiel dieselbe beim Nachlass des Druckes sofort wieder zusammen. Die Pat. starb bald darauf, nachdem die Symptome des Ileus fortbestanden hatten. Sektion wurde nicht gemacht. Im Anschluss an diesen Fall weist Herr Dührssen auf die Möglichkeit hin, dass man manche Fälle von Laparotomie als septische gedeutet hat, bei denen in Wirklichkeit eine durch Darmabknickung entstandene analoge Läsion den Tod an Ileus herbeigeführt hat. Selbst bei der Sektion kann ja ein so circumscripter Process leicht übersehen werden.

Herr Olshausen hat die ihm von den beiden ersten Rednern gemachten Einwände erwartet. Trotzdem muss er seine Deutung dieser Fälle aufrecht erhalten. Akute Sepsis wirkt stets schnell tödlich, oder es kommt zur Peritonitis und eine

solche kann Herr Olshausen nicht für seine Fälle zugeben. Die Karbolintoxikation, auf welche Herr Martin hingewiesen, muss als völlig ausgeschlossen bezeichnet werden. Es bleibt nach der Auffassung des Herrn Vortr. nur die vollkommene Lähmung des Darmes als Folge einer allzu langen Lagerung der Därme außerhalb der Bauchdecken. Übrigens hat Herr Olshausen neuerdings auch einen Fall von Ileus nach einer vaginalen Totalexstirpation gesehen. Es wurde, leider zu spät, noch die Laparotomie gemacht und ein mehrere Centimeter langes Stück des Darmes im Becken völlig kollabirt gefunden, in das nur mit Mühe von oben her Luft einzustreichen war. Pat. erholte sich nicht.

Herr Löhlein hat 2mal bei der von ihm nur ausnahmsweise geübten Auspackung der Därme in relativ kurzer Zeit die vom Herrn Vortragenden und Küstner erwähnten Ecchymosen auftreten sehen und vom Assistenten darauf aufmerksam gemacht, die Därme so bald als irgend möglich reponirt. Als toxische Erscheinungen — wie Herr Martin meinte — sind sie nicht anzusprechen, vielmehr einfache Folgen der venösen Stase. In den erwähnten Fällen traten auch keine misslichen Folgezustände ein.

Eine Beobachtung bei einer Myomotomirten, die in Folge des vom 1.—6. Tag immer wiederkehrenden Erbrechens erlag, trotzdem keine Fiebertemperatur und bei der Wiederöffnung der Bauchwunde am 6. Tage keine Peritonitis sich vorfand, würde zu dem vom Herrn Vortr. gezeichneten Krankheitsbild sehr gut stimmen, wenn nicht ein Symptom, nämlich der unbehinderte Abgang der Flatus trotz der retroperistaltischen Bewegung, gefehlt hätte.

Herr J. Veit: Durch die Verhandlung scheint immerhin klar, dass man aus den Erkrankungen nach der Laparotomie das von dem Herrn Vortr. geschilderte Krankheitsbild als ein besonderes herauszuschälen hat. Dass die Darmlähmung verschiedene Ursachen haben kann, ist ja klar; denn schließlich ist es doch eine der Haupterscheinungen auch der septischen Peritonitis. Auch V. möchte hervorheben, dass die Eventration nur eine der Ursachen darstellt, er selbst eventrirt möglichst niemals und hat doch ähnliche Erscheinungen in prägnanter Form beobachtet. Endlich muss wohl noch eine Schwierigkeit hervorgehoben werden, die in der Deutung des Herrn Vortr. liegt: der Darm enthält große Mengen Flüssigkeit und diese werden nicht resorbirt, während die Ptomaine, die sich durch die Darmlähmung im Darme ausbilden, aufgenommen werden und die schweren Symptome bedingen.

Herr Lippmann möchte an dieser Stelle an die Fälle erinnern, welche unter Erscheinungen von Seiten des Verdauungstractus zum Tode führen, in denen die makroskopische Untersuchung negativ, die mikroskopische erst erfolgreich war. So hat Jürgens vor einigen Jahren über Fälle berichtet, die unter den klinischen Erscheinungen des Erbrechens und der Obstipation starben; als Ursache fand sich bei der mikroskopischen Untersuchung Verfettung des Auerbach'schen, also wie man annimmt, des motorischen Darmnervenplexus. Es dürfte wohl wichtig sein, in künftigen Fällen auch nach dieser Richtung zu untersuchen.

In der Diskussion ist einmal der gesammte Symptomenkomplex, den Herr Olshausen anführte, ausschließlich auf septische Peritonitis mit Ileuserscheinungen zurückgeführt worden, — andererseits ist die Möglichkeit des Todes durch Meteorismus resp. Darmparalyse hervorgehoben. Bei den ersten Beobachtern handelt es sich nur um die Erklärung von Krankheitserscheinungen, denen das positive, genau anatomische Untersuchungsresultat von Ackermann gegenübersteht. Ackermann fand keinen Anhalt für Sepsis. Wir haben früher versucht, Fälle, die nach Operationen erlagen ohne anscheinend vorhandene oder anatomisch nachweisbare Sepsis, auf mangelnde Widerstandsfähigkeit einzelner Organe zu beziehen: wir haben bei genauer Untersuchung eine Reihe von derartigen Todesfällen direkt auf Herzschwäche (Verfettung, exquisite braune Atrophie) bezogen, die mit Darmlähmungserscheinungen einhergingen. In 2 (oder wenn ich nicht irre in 3) Fällen haben sich eigenthümliche Befunde einer großen ausgedehnten Extravasation in die Mesenterialblätter bis ans Darmlumen hin gefunden; im Darm selbst eine Menge flüssiger starkblutiger Massen. Die Ätiologie blieb dunkel, sicher

waren keine Zeichen von Sepsis vorhanden. — Es scheint konstatirt, dass einzelne Fälle von Magen- und Darmerscheinungen nach Operationen mit letalem Ausgang nicht auf Sepsis bezogen werden können.

---

7) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

131. Sitzung am 1. December 1887.

Vorsitzender: Herr J. Schramm, Schriftführer: Herr Korn.

Herr Schramm legt zwei große Photographien vor, betreffend den Fall von Elephantiasis vulvae, über welchen er in der 130. Sitzung vorgetragen.

Herr Nordmann: Über Placenta praevia.

Der Vortrag ist in extenso im Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 1 veröffentlicht.

In der Diskussion bemerkt Herr Bode, die Placenta praevia komme verhältnismäßig häufig in die Behandlung des praktischen Arztes. Er habe in der letzten Zeit 5 solcher Fälle gehabt. Ihm hat sich der Kolpeurynter stets sehr bewährt. Zur Füllung desselben benutzt er 750—900 g Flüssigkeit. Hierbei hat er gesehen, wie sich der Muttermund bisweilen in einer Stunde so weit erweiterte, dass man bequem mit der Hand hindurch konnte, um die Wendung auszuführen. Keine Kreißende hat sich verblutet. Eine alte Erstgebärende, die vorher schon von anderer Seite tamponirt war, starb an Sepsis. Eine zweite, welche an Nephritis mit starkem Lungenödem litt, ging nach der Geburt von einem lebenden und einem todten Zwilling in einem eklamptischen Anfalle zu Grunde. In einem Falle von Placenta praevia lateralis sprang nach der Kolpeuryse spontan die Blase und kurze Zeit darauf wurde ein lebendes Kind geboren.

Herr Schramm erwähnt einen Fall von Prolapsus placentae.

Die betreffende Frau war wegen vorliegenden Fruchtkuchens tamponirt. Bei einer sehr heftigen Wehe wurden die Tampons und die Placenta spontan ausgetrieben. Nach einigen Sekunden folgte die Geburt eines lebenden Kindes.

---

8) **Browicz.** Über das runde Geschwür der Vaginalportion der Gebärmutter und der Scheide (das sogenannte Clarke'sche corrodirende Geschwür).

(Przegląd lekarski 1887.)

Im Jahre 1821 hat Clarke auf Geschwüre, welche vom Halse oder von der Vaginalportion der Gebärmutter ausgehen, unregelmäßige, buchtige Ränder und einen unebenen, grünlich-schwarzen Grund besitzen, aufmerksam gemacht. Diese Geschwüre greifen allmählich tiefer, so dass sie schließlich die Vaginalportion und den Hals der Gebärmutter, ja sogar die Harnblase und den Mastdarm vollends zerstören können, und geben manchmal Veranlassung zur Entstehung großer, sogar tödlicher Blutung aus den angegriffenen Blutgefäßen. Diese sehr seltene Krankheit ist unter dem Namen Ulcus corrodens s. phagedaenicum uteri bekannt.

Außer Clarke haben nach der Angabe Klob's auch Lever und Baillie diese Krankheit beschrieben. Die deutschen Autoren haben vielfach die Meinung geäußert, dass die englischen Forscher unter diesem Namen Fälle von rapid zerfallenden Krebsen beschrieben haben. Spätere Untersuchungen haben aber gezeigt, dass — obwohl man vielleicht die vorwiegende Zahl der äußerst seltenen Fälle von runden Geschwüren als Geschwüre, die am Grund von rapid zerfallenden Krebsen entstanden sind, betrachten kann, — es doch Geschwüre giebt, welche alle die von Clarke angegebenen Merkmale besitzen und bei welchen durch die mikroskopische Untersuchung nicht die mindeste Spur eines krebsartigen Gewebes nachweisbar ist. Förster, Rokitański und Klebs haben sich unstreitbar vom Mangel jeder Spur von Krebs in den von ihnen untersuchten Fällen überzeugt. Die Clarke'schen Geschwüre sollen vorwiegend bei älteren Weibern vorkommen, es mangelt jedoch nicht an Beobachtungen auch bei jungen Frauen (Förster, Klebs).

Die eigentliche Ursache dieser Geschwüre ist wenig bekannt, was wegen großer

Seltenheit der Fälle leicht begreiflich ist. Rokitański hebt die große Ähnlichkeit der Geschwüre mit Lupus hervor. Klebs vergleicht das Clarke'sche Geschwür mit dem runden Magengeschwüre und nimmt an, dass die ätzende Wirkung des veränderten Scheidensekretes und etwaige Störung in dem lokalen Blutkreislaufe die eigentliche Ursache der Geschwüre (ähnlich wie im Magen) darstellen. Ein einzig in seiner Art dastehender Fall von rundem Geschwür der Scheide, welcher von Zahn beschrieben wurde, hat die Ätiologie der Clarke'schen Geschwüre in deutlicheres Licht gestellt. In diesem Fall waren die Wandungen der Gebärmutter- und der Scheidenarterie sehr verdickt und das Lumen ad minimum verengt. Das Blutgefäß, welches zum Geschwür führte, war durchaus obliterirt. Zahn erklärt die Entstehung des Geschwüres als Effekt der Ernährungsstörung der Scheidenschleimhaut in Folge der Obliteration der Blutgefäße.

Nach diesem geschichtlichen Überblick der Lehre vom Clarke'schen Geschwüre beschreibt Verf. seinen eigenen Fall, den er im Jahre 1886 zu untersuchen Gelegenheit hatte. Dieser Fall klärt die Ätiologie der Clarke'schen Geschwüre genügend auf und ist auch desswegen interessant, weil die Geschwüre nicht nur an der Vaginalportion, sondern auch gleichzeitig in der Scheide vorkamen und dass sie alle Stadien ihrer Entwicklung dargestellt hatten.

Bei einer 59jährigen Frau, die an krupöser Pneumonie gestorben war, fand der Verf. eine verbreitete Atherosis arteriarum. Die Gebärmutter stellte Altersveränderungen dar. Die Gebärmutterarterien und ihre Verästelungen waren durchgängig und nur in geringem Grade atheromatös. In dem hinteren rechten Theile der Vaginalportion fand sich ein rundlicher Herd und in der Scheide fand man acht ähnliche, scharf begrenzte, grau bis braunschwarz verfärbte, glatte Herde. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass diese Herde nekrotisches Gewebe darstellten. Der zellige Bau an diesen Stellen war ganz verschwommen. Je näher der Peripherie des Herdes, desto deutlicher war der Bau, so dass nekrotisches Gewebe allmählich in gesundes überging. In der Umgebung der Herde war das Epithel durchaus normal und es gab keine Spur jedwelcher Veränderungen — nur die Blutgefäße im Gebiete der Herde waren verschwommen, in der Umgebung und am Grund der Herde waren sie verdickt und an vielen Stellen (namentlich in kleineren Gefäßen) war das Innere von vorwiegend spindelförmigen Zellen ausgefüllt. Mit einem Wort, man fand ein typisches mikroskopisches Bild von Obliteration der Blutgefäße.

Die Fälle von Klebs, Zahn und der vorliegende zeigen übereinstimmend: jeden Mangel von entzündlichen oder krebsigen Veränderungen in der Umgebung der Clarke'schen Geschwüre, die Veränderungen in den makroskopischen Gefäßen und im Fall des Verf.s die Veränderungen in den mikroskopischen Blutgefäßen. Diese Veränderungen erklären genügend die Ursache dieser seltenen pathologischen Zustände der weiblichen Geschlechtstheile. Brauchen wir jetzt zur hypothetischen ätzenden Wirkung des Vaginalsekretes Zuflucht zu nehmen, wie es Klebs annimmt, um das Clarke'sche Geschwür zu erklären? Nach der Meinung des Verf.s sind die genannten Veränderungen in den Blutgefäßen ganz ausreichend zur Hervorrufung der Nekrose und folglich des Geschwüres. **Prus** (Krakau).

9) **Wylie.** Tubenschwangerschaft.

(Med. record 1887. April 16. p. 449.)

W. leitet in der New York Academy of medicine durch einen Vortrag über Tubenschwangerschaft eine Diskussion über die Frage der Laparotomie hierbei ein. Er glaubt, dass man nach gestellter Diagnose Elektricität versuchen solle, und nach Fehlschlagen derselben operiren müsse, ohne eine Ruptur des Sackes abzuwarten.

Janvier betrachtet die primäre Ruptur, welche in der oberflächlichen Arterie ohne Zerreißung des Sackes eintritt und sich sicherlich wiederholt, als Ursache des Schmerzes und Collapses und will bei Eintritt derselben sogleich operiren, wogegen Roosevelt einen gelegentlich in Abdomine aufgefundenen und Jahre hindurch schadlos getragenen Fötus vorzeigt, welcher in eine adipocireartige Masse umgewandelt war. Dass bei Tubenschwangerschaft wirkliche Katamenien vorhan-

den seien, erklärt W. für zweifelhaft, Partridge glaubt, dass es sich wohl meist um unregelmäßige Blutungen nicht menstrueller Natur handeln möchte.

Lühe (Demmin).

10) **C. v. Rokitańsky.** Zur Kasuistik der großen Fibromyome des Collum uteri.

(Internat. klin. Rundschau 1887. No. 24—30.)

Verf. hat 6 Fälle von großen Cervicalmyomen beobachtet resp. operirt, bezüglich deren Beschreibung auf das Original verwiesen werden muss. Von diesen 6 Fällen ist einer ohne Operation gestorben; von den 5 Operirten sind 3 genesen, 2 gestorben. Die Mehrzahl der Cervixmyome liegt lose in der Wand, und lassen sich dieselben daher nach Spaltung der Kapsel leicht enucleiren, was besonders für die harten Formen gilt. Nur in Fall 6 war es ein weiches, mit dem Uterus so innig verbundenes Myom, dass man eine Grenze zwischen beiden nicht erkennen konnte.

4mal war die vordere Wand des Collum — 3mal gleichzeitig Myofibrome im Corpus uteri — und 2mal die hintere Collumwand der Sitz der Neubildung. Als konstante Symptome der Cervicalmyome ergaben sich Blutungen außer der Periode, profuse Menses und serös schleimiger Ausfluss. Schmerz während der Periode bestand in 3 Fällen.

Die Diagnose ist nach Verf. in den allermeisten Fällen unschwer zu stellen, in seltenen Fällen (z. B. Verf.s Fall No. 1) aber ganz unmöglich.

In Fall 2 entfernte R. die Geschwulst per vaginam, sonst durch Laparotomie. Die Operationstechnik des Verf. ist kurz skizzirt folgende:

Nach Eröffnung des Abdomens Unterbindung der beiderseitigen Anhänge, stumpfe Lostrennung der Blase, möglichst tiefes Anlegen eines elastischen Schlauches, 2—3malige Umschnürung mit demselben und Knotung; keine Schnürklammern; Spaltung der Geschwulstkapsel und Enucleation bis zum Schlauch. Fassen der Uteruswundränder in Pinces haemostatiques, Lüftung des elastischen Schlauches und Enucleation aus der Lippe, Drainage der Höhle, definitive Schürung des Schlauches, Amputation des Corpus uteri, extraperitoneale Fixirung des verschorften Stumpfes durch 1—2 Nadeln im unteren Winkel der Bauchwunde. Schluss der Bauchwunde mit tiefen und oberflächlichen Suturen von Sublimat-Seide. Während der ersten Tage täglich 2malige Bepinselung der Oberfläche des Stumpfes mit Liquor ferri sesqu. chlor. Bei sorgfältiger Anlegung einer reichlichen Anzahl von Bauchnähten hält Verf. die Fixirung des Stieles an das parietale Peritoneum durch die Naht für entbehrlich.

Buschmann (Wien).

11) **Da Costa.** Ovariotomie und vier Tage darauf Herniotomie.

(New York med. journ. 1887. Juni 18. p. 694.)

Bei einer sehr geschwächten Frau, welche außer chronischer Albuminurie auch eine beiderseitige Schenkelhernie hatte, musste wegen Indicatio vitalis die Ovariotomie gemacht werden. Da sich an der einen Schenkelhernie dann, wohl in Folge schweren Erbrechens, Einklemmungserscheinungen bemerkbar machten, musste nach 4 Tagen die Herniotomie folgen; es trat Genesung ein. Beide Mal war keine Äther- oder Chloroformnarkose, sondern nur Cocain benutzt worden.

Lühe (Demmin).

12) **Cabot** (Boston). Hysterektomie wegen Pyelitis.

(New York med. journ. 1887. Mai 28. p. 607.)

Ein Uterusfibroid drückte derartig auf den Ureter, dass zuerst Urinretention, dann Pyelitis eintrat. Nach der Hysterektomie klärte und vermehrte sich der Urin bald.

Lühe (Demmin).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 7. **Sonnabend, den 18. Februar.** 1888.

I. Elephantiasis praeputii clitoridis et nympharum.

Von
Justus Schramm in Dresden.

(Nach einem in der Gynäkologischen Gesellschaft zu Dresden gehaltenen Vortrage.)

Bekanntlich ist in unseren Himmelsgegenden das Vorkommen elephantiastischer Geschwülste an den äußeren weiblichen Sexualorganen ein überaus seltenes. Unter den deutschen Fachgenossen hat Louis Mayer[1] die größte Anzahl — 10 Fälle — von Elephantiasis vulvae beobachtet und diese in seiner vortrefflichen Arbeit beschrieben und abgebildet. Trotz eines umfangreichen gynäkologischen Krankenmateriales aus aller Herren Länder haben Kiwisch, Scanzoni, Schröder, Fritsch u. A. nur 1—2mal jene Affektion angetroffen, deren große Seltenheit besonders von Winckel[2] hervorgehoben ist.

Aus Mayer's Zusammenstellung über 46 gesammelte Fälle geht hervor, dass die Labia majora am häufigsten ergriffen werden, am seltensten das Praeputium clitoridis und die Nymphen.

[1] Die Elephantiasis (arabum) vulvae. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Berlin 1872. Bd. I.

[2] Pathologie der weiblichen Sexualorgane.

Dieses Ergebnis veranlasst mich, den nachstehenden Fall zu veröffentlichen, der nicht allein durch den erwähnten ungewöhnlichen Sitz der Geschwulst, sondern auch wegen seiner ätiologischen Verhältnisse einiges Interesse beansprucht. Letztere weisen hier als occasionelle Ursache auf eine syphilitische Infektion hin, während die anatomische Untersuchung der exstirpirten Neubildung die Annahme einer kausalen Beziehung mit größter Wahrscheinlichkeit ausschließt.



I. Halbe Größe der Geschwulst.

Der kürzlich von mir operirte Fall ist folgender:

J. G., Fabrikarbeiterin aus Großenhain, 29 Jahre alt, Nullipara, stammt von kränklichen Eltern. Die Menses, welche vom 18. Lebensjahre an regelmäßig aufgetreten sind, sistiren seit 3 Monaten. Vor 3 Jahren war sie in Kottbus Pflegerin einer an Uteruscarcinom leidenden Frau, deren Mann mit ihr geschlechtlichen Umgang pflegte. Seit dieser Zeit (?) soll die Vulva, die vorher schon »etwas dick« gewesen, allmählich angeschwollen sein und sich zu dem gegenwärtigen Umfang (s. Abbildung I) vergrößert haben. Über den Zeitpunkt einer

luetischen Infektion, die hier unzweifelhaft besteht, ist aus der geistig höchst beschränkten Person nichts herauszubringen. Wegen »Blutandrang« nach dem Kopf und dem Herzen ist sie dann von ärztlicher Seite mit Tropfen und Pillen behandelt worden. Im Sommer 1887 fand sie wegen eines Augenübels ca. 10 Wochen lang in einer Krankenanstalt Aufnahme, wo sie sich einer Schmier- und Schwitzkur unterwerfen musste. Da das Augenleiden sich nicht besserte, ging sie zu



II. Halbe Größe. Aussehen der Vulva, 9 Tage nach der Operation.

einem anderen Augenarzt, welcher einen Zusammenhang mit einer Genitalerkrankung vermuthete und Pat. am 6. Oktober 1887 der Frauenstation des Carola-Krankenhauses überwies.

Der Befund war folgender: Mittelgroße, kräftig gebaute, gut genährte Person. Gesichtsausdruck stupid. Intelligenz schwach. Prominente Theile des Gesichts (Nasenspitze, Kinn, Wangen) zeigen umschriebene Kupferröthe mit durchscheinenden Blutgefäßen und verdickten Hautstellen. An beiden Augen ist hochgradige Myopie mit Pigmentatrophie vorhanden. Innere Organe normal. Auf der

Haut des Rumpfes und der Extremitäten fanden sich zahlreiche, erbsen- bis bohnengroße, dunkel pigmentirte, alte syphilitische Efflorescenzen, theilweise mit hellerem, narbigem Centrum. Die Inguinaldrüsen beiderseits sind stark geschwellt. Die in dicke, unregelmäßig knollige Wülste verwandelten kleinen Schamlippen bilden mit dem bedeutend vergrößerten Präputium clitoridis ein fast gleichschenkliges Dreieck von bläulich rother Farbe, bedeckt mit einem klebrig eitrigen Sekret. Der Urethralwulst ist stark verdickt und fühlt sich hart an. Aus der Urethra, die für einen Finger bis zur Blase leicht durchgängig ist, fließt zeitweilig Urin ab. Der Introitus vaginae etwas klaffend. Das Vaginalrohr verdickt, eng. Der Uterus klein, mit schlankem, virginalem Scheidentheil. Über dem After finden sich ein paar erbsengroße feste Exkrescenzen. Pat. klagte außer Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen hauptsächlich über Incontinentia urinae, und über einen scharfen ätzenden Ausfluss aus den Genitalien. Eine sofort eingeleitete Schmierkur hatte nicht den geringsten Einfluss auf die Verkleinerung der Geschwulst. Es wird daher die Merkurialbehandlung unterbrochen und die Operation am 26. Oktober in Narkose vorgenommen. Nach Schröder's Verfahren exstirpirte ich successive, vom Damm aus beginnend, die verdickten Theile mit gleichzeitiger Nahtanlegung, ohne erheblichen Blutverlust. Zur Schließung der breiten Wundfläche an der Basis des Präputiums war eine Etagennaht von Katgut erforderlich. Von der linken zur rechten Nymphe gehend gelang es, die ganze Geschwulst im Zusammenhang zu entfernen. Der hervorragende daumendicke Theil des Harnröhrenwulstes wurde ebenfalls abgetragen und vernäht, wobei das Messer in dem derben, speckartigen Gewebe merklich knirschte. Als Nahtmaterial diente Seide und Katgut. Die Heilung erfolgte per primam intentionem mit Ausnahme einer kleinen klaffenden Stelle am Scheideneingang (s. Abbildung II), die sich erst nach 3 Wochen durch Granulation vollkommen schloss. Die Vulva erlangte alsdann ein völlig normales Aussehen.

Bei der Entlassung der Pat., am 8. November 1887 war die Harninkontinenz gänzlich geschwunden, doch bestand noch immer eine scharfe Sekretion aus der Scheide.

Herr Prof. Neelsen, der die Güte hatte die Geschwulst zu untersuchen, fand Folgendes:

»Die exstirpirte Geschwulstmasse besteht aus dem stark vergrößerten Präputium clitoridis und den beiden kleinen Schamlippen. Das kavernöse Gewebe der Clitoris ist nicht vergrößert, sondern eher atrophisch. Das Präputium clitoridis erscheint ziemlich gleichmäßig verdickt und verbreitert, mit glatter Oberfläche. Dagegen bilden die beiden Schamlippen unregelmäßig gestaltete knollige Wülste von ca. 9 cm Länge, 3 cm Breite und $1\frac{1}{2}$ cm Dicke. Ihre Oberfläche ist unregelmäßig höckrig und an den oberen Theilen beider, entsprechend ihrem Übergang auf das Präputium clitoridis, finden sich mehrere

breitgestielte, polypenähnliche knollige Auswüchse, deren größter an der rechten Nymphe Taubeneigröße erreicht. Die Konsistenz der erkrankten Theile ist überall weich-elastisch. Die Epidermis auf der Außenfläche der Nymphen und dem Präputium clitoridis ist intakt. Dagegen erscheint die Innenfläche mit zahlreichen, 2—3 mm im Durchmesser haltenden, flachen, runden, gelblich belegten Substanzverlusten bedeckt. Die obere Kommissur beider Nymphen ist eingenommen von einem breiten, ca. 2—3 cm im Durchmesser haltenden Geschwür mit unregelmäßig gezackten Rändern und glattem graugelblichen Grund.

Das mikroskopische Bild stimmt in so fern mit dem gewöhnlichen bei elephantiastisch vergrößerten Organen Beobachteten überein, als auch hier die Hauptmenge der Geschwulst aus lockerem, weichen, mit zahlreichen weiten Gefäßen versehenen Bindegewebe besteht. Die Lymphspalten sind ödematös erweitert; deutliche dilatirte, oder hypertrophische Lymphgefäße sind aber nicht nachweisbar. Eine Abweichung von dem gewöhnlichen Bilde findet sich einmal an den erodirten Stellen. Hier ist das Gewebe gleichmäßig dicht, kleinzellig infiltrirt. Unter den kleinen Erosionen beschränkt sich die Infiltration auf die subepitheliale Gewebsschicht, am Rande und Grund des großen Geschwürs reicht sie weit in die Tiefe und zeigt ausgesprochen perivasculäre Anordnung. Aber auch an den nicht erodirten Partien finden sich überall im Gewebe verstreut und namentlich die größeren Gefäße umscheidend zahlreiche, mit bloßem Auge eben sichtbare rundliche Herde von Rundzelleninfiltration. Riesenzellen oder Verkäsungen sind nirgends nachweisbar.

»Der Befund lässt es als wahrscheinlich annehmen, dass hier neben Elephantiasis (aber wohl ohne ätiologischen Zusammenhang, sondern nur als zufällige Komplikation) eine syphilitische Entzündung besteht.«

Wenn gleich die Syphilis sich als eine der wichtigsten Entstehungsursachen der Elephantiasis vulvae dokumentirt, so ist es andererseits interessant, auch solchen Fällen zu begegnen, bei denen, trotz bestehender Lues, dieser ätiologische Zusammenhang nicht sicher festzustellen ist. Es ist in meinem Falle nicht undenkbar, dass, in Folge Erkrankung des Lymphgefäßsystems, zu elephantiastisch vergrößerten Geschlechtsorganen sich nachträglich eine luetische Infektion hinzugesellte, die wiederum eine größere Irritation und Hyperplasie der befallenen Schamtheile veranlasste. Wäre die Syphilis die alleinige direkte oder indirekte Ursache dieser Geschwulstform, so müsste, entsprechend ihrer großen Verbreitung, die Elephantiasis vulvae in unseren Himmelsstrichen viel häufiger beobachtet werden können. Welche ätiologischen Momente hier außerdem noch in Frage kommen, die zu einer chronisch lymphangoitischen Entzündung der äußeren weiblichen Genitalien führen, entzieht sich zur Zeit der sicheren Beurtheilung.

Auch in meinem Falle bewährte sich Schröder's Operationsmethode, die vor allen anderen (Glühschlinge, elastische Ligatur, Ekraseur etc.) den Vorzug verdient.

II. Zur Ventrofixation des retroflektirten Uterus.

Von

Dr. **M. Sänger,** Leipzig.

Es sei mir gestattet, auf die Bemerkungen von Herrn Dr. Klotz in No. 5 des »Centralblattes für Gynäkologie« zu repliciren. Ich kann mich um so kürzer fassen, als er selbst meinen eigenen Ausführungen und Einwendungen, auf welche ich nochmals verweise, vielfach beigepflichtet hat. Besonders freut es mich, zu ersehen, dass Klotz auch von seinem Standpunkte die Drainage nur als nothwendiges Übel betrachtet und bereit wäre, sie aufzugeben, wenn die »direkte Fixation« bei Fällen, wobei der Uterus erst aus beträchtlichen Verwachsungen gelöst werden musste, »dasselbe Resultat aufweise«. Überhaupt bestreitet er eigentlich nur diesen einen Punkt, dass es möglich sei, auch einen solchen Uterus ohne Drain an die vordere Bauchwand dauernd anzuheften. Warum jedoch ein schwer verwachsen gewesener, aber dann völlig frei beweglich gewordener Uterus, wenn man ihn nicht bloß an einer Tube oder einem Ovarialstiel, sondern beiderseits durch relativ ausgedehnte Anheftung der Lig. rotunda und lata an die vordere Bauchwand fixirt, anders gestellt sein soll, als ein gar nicht verwachsen gewesener, ist nicht einzusehen. Eine feste Ventrofixation muss und kann eben mehr leisten, als der antagonistische Narbenzug der Adhäsionen, während eine lockere allerdings Verstärkung nöthig hat, um diesem entgegen zu arbeiten. Und doch wirkt, wie auch Klotz mir zugab, gerade die Hauptmasse der Adhäsionen, im Douglas'schen Raum, durch Zug am Collum uteri und unterem Uterinsegment nach rückwärts im Sinne der Ventrofixation des Fundus und Corpus uteri, ohne dass es eines Mittels, wie der Drainage, bedürfte.

Ganz eben so müssen aber auch diejenigen Adhäsionen wirken, welche sich an der vorderen (unteren) Wand des gelösten Uterus befinden, indem sie diesen an die vordere Bauchwand und gegen die Blase hin befestigen helfen. Diese beiden Faktoren scheinen mir für das Gelingen der künstlichen Antefixation mindestens eben so viel Bedeutung zu haben, als die Drainage und würde demnach ein aus perimetritischen Verwachsungen gelöster Uterus eher leichter und sicherer dauernd an die vordere Bauchwand zu heften sein, als ein im Vornherein beweglicher Uterus. Dass es die »Drainstütze« sei, welche den Uterus vom Kreuzbein abhalte, lasse ich nur indirekt gelten: der etwa doch rückwärts sinkende Uterus würde jene einfach bei Seite schieben, wenn nicht die in kürzester Zeit um den Drain herum sich bildenden allseitigen Verwachsungen plus der vorderen Nahtanheftung, plus den vorderen sonstigen Verlöthungen

plus dem Narbenzug im Douglas den Uterus in der ihm gegebenen Lage festhielten. Das ist zwar theoretisch, aber nicht wohl bestreitbar. So muss denn der Uterus aufs Neue allseitig oder fast allseitig mit der Umgebung verwachsen, ganz besonders im Bereiche des Drain, welche gerade da ausgedehnte Adhäsionen schafft, wo sie für die Antefixation des Uterus gar nicht nöthig sind, nämlich zwischen Darm einerseits, Grund und Rückwand des Uterus andererseits. Klotz leugnet diese Darmadhäsionen und will sie in keinem Falle gefunden haben, im Gegentheil »sei der Uterus zu zwei Drittel seiner Länge von neuen Adhäsionen frei geblieben«. Wie will Klotz das aber beweisen? Es ist geradezu selbstverständlich, dass der Uterus theils durch die alten, in Folge der Lösung nur verschobenen perimetritischen Adhäsionsflächen, theils durch die Reizwirkung des Drain allseitig mit den Nachbarorganen verwachsen muss. Trotz alledem ist doch schon in 3 Fällen von Klotz der Uterus wieder rückwärts gesunken, was als weiterer Beweis angesehen werden kann dafür, dass die Drainage und ihre Folgen eben nicht hinreichend waren bei der lokeren, indirekten und einseitigen Befestigung des Uterus in die Bauchwunde das Rückwärtssinken zu hindern, während solches in keinem meiner Fälle, worunter mehrere mit perimetritischen Verwachsungen, bis jetzt eingetreten ist. Auch Klotz will doch schließlich nichts Anderes, als den Uterus an die vordere Bauchwand heften. Wozu nun einen solchen Umweg diese Ventrofixation nur locker zu machen, sie aber durch ein so zweischneidiges Mittel, wie die Bauchhöhlendrainage »verstärken« zu wollen, anstatt den Uterus, ganz einerlei, ob er verwachsen war oder nicht, gleich durch »direkte« Fixation, wie er selbst ganz richtig sagt, doppelseitig, solid und doch relativ beweglich an die vordere Bauchwand zu befestigen und die Bauchhöhle zu schließen?! Ich bin der festen Überzeugung, dass zukünftige Erfahrungen ganz und gar zu Gunsten dieses Verfahrens ausfallen werden.

---

1) **Bardenheuer.** Der extraperitoneale Explorativschnitt.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1887. p. 748.

Aus dem reichen Material, welches im obigen Werke des Kölner Chirurgen aufgespeichert ist, entnehmen wir dasjenige, was hauptsächlich den Gynäkologen interessirt. In der Vorrede schildert Verf. die Anatomie des Peritoneum. Das Per. parietale ist reich an Blut- und Lymphgefäßen, daher die große Resorptionsfähigkeit des Bauchfells, daher eine rasche Schmelzung der Exsudate. Mit der Fasc. transv. abd. bildet vorn das Peritoneum eine zusammenhängende Schicht. Da das Bauchfell reich an elastischen Fasern ist, so ist dasselbe widerstandsfähig, leicht ablösbar und eine retroperitoneale Entzündung kann sich nicht so leicht ins Cavum peritonei verbreiten. Harn- und Geschlechtstheile liegen fast ganz extraperitoneal. Fascia transversalis geht rückwärts in die Fascien der hinteren

und seitlichen Abdominalwand, in die Fascia iliaca und lumbalis über. Das Rectum ist durch das Mesorectum mit der hinteren Abdominalwand des Peritoneum verbunden. An der hinteren Seite ist das Peritoneum mit der Fascia lumb. und iliaca locker vereinigt. An der Vorderseite geht sie mit der Fascia m. transv. und der Aponeurosis des M. transv. fest vereinigt nach unten und hinten und steigt direkt hinter der Harnblase zur Beckenfascie hinab. Es bleibt somit ein freier Raum (das Spatium Retzii) hinter der Schamfuge, in welcher die Harnblase je nach der Füllung auf- und absteigen kann. Beim Weibe sind der Uterus und die Tuben in das Peritoneum eingesenkt und bilden seitlich das Lig. lat. An der hinteren Seite des Uterus reicht das Peritoneum verschieden weit nach unten, oft bis an das Orif. ut. exter., oft bis zur Vagina, selbst bis zur Hälfte ihrer hinteren Wand. Das Peritoneum hüllt den Uterus mit den Tuben, die Ovarien und das Lig. rot. ein. Mit dem Uteruskörper ist das Peritoneum fest verbunden, weniger fest mit dem Cervix. Daher wird auch das Peritoneum leichter vom Cervix abgelöst, als vom Corpus uteri. Die Blätter des Lig. lat. lassen sich vom Lig. infundibulo-pelv. (welches die Vasa spermatica umgiebt) und vom Beckenboden leicht aus einander ziehen. Der vorderen Platte folgen dabei das Lig. teres und der Ureter. Dieser Umstand erklärt uns, warum man leicht bis zum Rande des Uterus und zu dem Lig. ovarii vordringen kann. In der Plica recto-uterina liegt das Lig. recto-uterinum und stößt mit dem unteren Rande an die Beckenfascie an. Die Fascia pelvis geht vom Schambeine auf den Obtur. internus, sodann auf die obere Fläche des Levator ani über und biegt in einem spitzen Winkel aufwärts um. Die Blase ist befestigt durch die Lig. ves. med. und lateralia. Das Lig. ves. med. geht vom Vertex zum Nabel; die Lig. lateralia verlaufen seitlich nach oben zum Nabel und vereinigen sich mit dem Lig. med. Die Fascia pelvis dient besonders zur Stütze der Blase. Sie tritt durch den Arcus tendineus zum Blasenhals und zur Urethra. Verf. unterscheidet drei Arten des extraperitonealen Explorativschnittes, nämlich den Renalschnitt in der Lumbalgegend, den Symphysisschnitt, quer oberhalb der Symphyse und den Thoracalschnitt, entlang dem vorderen Rande der unteren Thoraxapertur. Von dem Renalschnitte aus kann man abpalpiren: 1) Milz, 2) Leber mit der Gallenblase, 3) Niere und ihre Gefäße, 4) Nierenbecken, 5) Nebenniere, 6) Ureter, 7) Coecum, 8) Proc. vermif., 9) Col. asc. und desc., 10) Flex. coli dext. sinist. et sigmoid., 11) den Magen, 12) Pankreas, 13) das Duodenum, 14) untere Fläche des Diaphragma, 15) die vordere Fläche der Wirbelsäule und schließlich 16) die Fossa iliaca. Der uns am meisten interessirende Symphysisschnitt erlaubt sich die Beckenorgane zugängig zu machen. Verf. führte ihn aus, um sich Klarheit zu verschaffen über 1) Geschwülste und Erkrankungen des großen und kleinen Beckens, 2) der Ovarien, 3) des Uterus und der Tuben, 4) der intraligamentären Tumoren, 5) der Tuberkulose und 6) der Blase.

Der Renalschnitt besteht aus dem sogenannten Lumbalschnitt (vertikaler Längsschnitt vom medialen Ende der 11. Rippe bis zur Mitte der Crist. il.), dem Costalschnitt (horizontaler Querschnitt entlang den Rippen) und dem Iliacalschnitt (Querschnitt entlang der Crista). Je nachdem Verf. nur nach vorn oder nur nach hinten zu den Schnitt ausführt, spricht er vom Vorderflügel- oder Hinterflügelschnitt. Der Renalschnitt kurzweg wird auch vom Verf. Doppelflügelschnitt genannt.

Der Symphysisschnitt wird direkt oberhalb der Symphyse gemacht, und zwar geht er vom äußeren Drittel des Lig. poup. zum äußeren Drittel des anderen Poupart'schen Bandes. Der Schnitt geht bogenförmig durch die 1) Haut, 2) Fasc. superf. abd., 3) M. pyramid., 4) vordere Scheide des Rect. abd., 5) M. rect. abd. und 6) Ablösung der Muskel vom. Lig. Poup. (das Lig. teres ist nach außen zu halten). Nun trennt man die bindegewebige Verlöthung der Blase mit der hinteren Symphysiswand, hierauf die Lig. ves. lat. und media. Die Blase fällt bei erhöhter Lagerung des Beckens nach hinten. Sie ist an ihren gelblich gefärbten longitudinalen Fasern zu erkennen. Will man die Blase intakt lassen und nur den Uterus bloßlegen, so sucht man zuerst direkt den Blasenscheitel und auf demselben die Übergangsfalte des Peritoneum von der vorderen Abdominalwand auf die hintere Blasenwand auf. Man thut am besten, vorher Wasser und etwas Luft in die Blase einzuführen. Alsdann grenzt sich die Blase schärfer ab. Man kann auch etwas Luft in die Blase) anblasen. Dieselbe schwimmt oben und markirt die Blasengrenze viel deutlicher. Bei kleiner, kontrahirter Blase muss man sich direkt an die hintere Fläche der Symphysis halten und kann bis zum Arcus tendineus der Fascia pelvis vordringen und auf derselben bis zur Blase nach vorn wandern. Sobald man die vordere Blasenwand erreicht hat, gelingt es auch leicht, den Peritonealansatz auf derselben zu entdecken und denselben nach hinten abzuschieben. Bei entzündeter oder hypertrophirter Blasenwandung geht die Ablösung des Peritoneum von der hinteren Seite der Blase leicht von statten. Jetzt kann man bimanuell die Blase abpalpiren. Will man das kleine Becken abpalpiren, so muss man das Peritoneum auch in der Fossa iliaca von vorn nach hinten ablösen. Man kann alsdann den Uterus, die Eierstöcke, die Tuben etc. umfassen und alles Pathologische entdecken. Ja Verf. will auf diese Weise sogar den Uterus extraperitoneal bloßlegen, seinen Beckenverlauf verfolgen und eine Knickung, eine Schwartenbildung um denselben resp. eine Geschwulst in demselben ohne große Mühe entdecken. Hier ist es nach Verf. besonders geboten, direkt zwischen Blase und die Kleinbeckenwand bis auf die Fascia pelvis vorzudringen (in den sogenannten Pelveovesicalraum). Von diesem Raume aus kann man bis zum Rectum resp. von der Fascia iliaca aus bis zur Flex. sigm. vordringen, so dass man eine Geschwulst desselben entdecken eventuell gleich operiren kann. Als Vortheile des queren Symphysisschnittes preist Verf.

1) eine extraperitoneale Palpation und Inspektion, 2) die Möglichkeit, die Operation fast gänzlich extraperitoneal auszuführen und 3) bequemer Zugang zum Beckeninnern. Überhaupt soll jeder extraperitoneale Explorativschnitt 1) gefahrlos sein, wenn Sekretableitung und Antisepsis vorhanden, 2) es ist kein großer Blutverlust, 3) kein Shock oder Collaps, 4) kann in wenigen Minuten ausgeführt werden, 5) Klarstellung der Diagnose durch »diaperitoneale« Untersuchung, 6) eventuell Anschluss einer radikalen Operation, 7) Nachaußenlagerung der Wundhöhle und extraperitoneale Behandlung derselben. Nach der Operation wird die Wundhöhle lose mit Thymolgaze ausgestopft und muss offen gelassen werden, damit keine Stagnation des Sekretes in dem retroperitonealen Bindegewebe eintrete, weil das stauende Sekret in dem lockeren subperitonealen Bindegewebe eine rasche Verbreitung findet (!). Die zur Wundhöhle führende Öffnung muss daher nahezu den gleichen Querdurchmesser wie die Wundhöhle selbst haben. Speciell was den Symphysisschnitt anlangt, so muss bei der geringsten Stagnation, welche sich durch leichtes Fieber ankündigt, der Verband sofort in der Chloroformnarkose gewechselt werden. Die Narkose dient zur Lähmung der Bauchpresse und macht die Wundhöhlendrainirung durch die vorgetriebenen Darmschlingen unmöglich. Die Wundhöhle verkleinere sich schnell durch Granulationen und beim Symphysisschnitt gewinnen die Narben an den Knochen eine feste Stütze.

Ref. hat an der Leiche die vom Verf. empfohlenen Schnitte ausgeführt, muss aber gestehen, dass das B.'sche Verfahren keineswegs so leicht auszuführen ist, wie man beim Studium seiner Monographie denkt. Beim Symphysisschnitt und namentlich beim Ablösen der Lig. lata tappt man zu sehr im Dunklen und der Eindruck, den Ref. bei diesen Leichenversuchen erhalten, war nicht sehr ermuthigend. Auch die Gefahr einer phlegmonösen Retroperitonitis ist gerade beim Symphysisschnitt wegen erschwerter Sekretableitung stets im Auge zu behalten. **v. Święcicki** (Posen).

---

2) **Palmer Dudley.** Vaginale Hysterektomie in Amerika.

(New York. med. journ. 1887. Juli 9. p. 35.)

Die Hysterektomie von der Vagina aus wird von den amerikanischen Chirurgen in mäßiger Häufigkeit ausgeführt, wobei die Indikationsstellung der bei uns üblichen im Allgemeinen entspricht. Von einigen Operateuren wird der Steinschnittlage die Sims'sche Seitenlage der zu Operirenden vorgezogen, einige wählen das vordere, andere das hintere Scheidengewölbe zum ersten Einschnitt, während Einstimmigkeit darin herrscht, den Uterus nach hinten umzustülpen. Polk (New York) hat eine eigene Methode. Er schneidet zuerst mit dem Galvanokauter in den Seitentheilen ein, führt in diese Öffnungen seine Aneurysmanadel ein, holt damit die Uterinarterien herab und unterbindet. Darauf wird eben so im vorderen und hinteren Scheidengewölbe verfahren, dann der Uterus umgestülpt und

die Eierstockgefäße unterbunden, indem man möglichst viel von Tuben und Ovarien mit abzubinden sucht. Nun wird noch alles Gewebe zwischen Uterus- und Ovariengefäßen nochmals en masse ligirt, kleine spritzende Gefäße einzeln gefasst. Keine Naht, sondern Tamponiren der Wundhöhle mit Jodoformgaze. D. hat selbst die Operation 2mal gemacht, im Ganzen nach Schröder's Methode, 1mal erfolgte Tod, 1mal entstand Volvulus nach $1/2$ Jahr mit Ausgang in Ileo-Vaginal-Fistel, aber kein Recidiv. **Lühe** (Demmin).

3) **Mundé.** Vaginale Hysterektomie.

(New York med. journ. 1887. Juli 30. p. 133.)

M. kann den von Dudley in seinem Aufsatz über vaginale Hysterektomie ihm zugeschriebenen 3 solchen Operationen noch 3 hinzufügen, welche er in allerletzter Zeit, und zwar in der Rückenlage und mit günstigem Ausgang vorgenommen hat. Seine 2. und 3. Pat. der ersten Reihe starben an Shock und Blutverlust, da das Sims'sche Speculum in der damals vorgezogenen Seitenlage die blutenden Punkte verdeckte. **Lühe** (Demmin).

4) **French.** Die hauptsächlichste Quelle der Gefahr beim Gebrauch der Uterussonde.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1887. August 27. p. 266.)

F. findet, dass der Gebrauch der Uterussonde hauptsächlich nur dadurch Gefahren mit sich bringt, dass mit ihr septische Stoffe irgend welcher Art in die Uterushöhle eingeführt werden, woselbst sie einen geeigneten Boden zur Entwicklung finden. Kleine Kontinuitätstrennungen der Mucosafläche unterstützen die Einwanderung in die Gewebe, so dass Cellulitis und Peritonitis entstehen kann. Undesinficirt ist desshalb die Sonde nie zu benutzen.

Lühe (Demmin).

5) **Caldwell.** Intra-uterine Therapie.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1887. Juli 23. p. 97.)

In einem Vortrag vor der Sektion für Geburtshilfe und Gynäkologie der diesjährigen Versammlung der amer. med. Assoc. erzählt C., dass er an die hervorragenden Ärzte der Vereinigten Staaten Cirkulare versandt habe, um die Ansichten derselben über intrauterine Therapie zu erfahren. Trotz der im Einzelnen, zuweilen auch in Bezug auf die Hauptsachen vielfach abweichenden Meinungen ließ sich doch immerhin eine gewisse Durchschnittsansicht aus den eingegangenen Antworten konstruiren.

Frage 1: »Unter welchen Umständen bedienen Sie sich einer intra-uterinen Ausspülung unmittelbar nach der Geburt, welches Arzneimittels, und in welcher Stärke?« wird von der Mehrheit dahin beantwortet, dass die Einführung von Händen und Instrumenten, Blutungen u. dgl. die Indikation abgebe. Die Meisten ziehen eine

5%ige Karbol- oder 1/10%ige Thymollösung dem Sublimat vor, sehr gerühmt wird die in Wien übliche Einführung von Jodoformstäbchen in den Uterus nach der antiseptischen Ausspülung.

Die 2. Frage lautet: »Bedienen Sie sich bei puerperalen Processen nach der Entbindung solcher Einspritzungen, unter welchen Indikationen und mit welchen Mitteln?« Hier wird dem Sublimat der Vorzug gegeben, in Lösung von 1 : 4000, das Jodoformstäbchen soll auch diesmal folgen, eine Wiederholuug ist nur zuweilen nöthig und thunlichst zu vermeiden.

Am wenigsten Übereinstimmung herrscht in Bezug auf die 3. Frage über etwaige intra-uterine Therapie bei nicht unmittelbar puerperalen Processen. Hier schließt sich der Verf. denen an, welche desinficirende Ausspülungen der Scheide und eventuell auch des Uterus allen Untersuchungen und Operationen am Genitalapparat vorausschicken wollen. Z. B. hält er die so häufig der mehrfachen Wiederholung des Katheterismus folgenden Blasenkatarrhe für die Folge der Einschleppung von Keimen aus der Vulva und will daher eine Scheidenausspülung und antiseptische Reinigung des Introitus vorausgeschickt wissen. Der nicht gar zu weit ausgedehnten Anwendung der Curette wird entschieden das Wort geredet. · Auch andere, als desinficirende Mittel, zumal Jodtinktur und Liquor Ferri sesquichlor. werden von einzelnen angewendet. **Lühe** (Demmin).

---

6) **Wernich** (Köslin). Die neuesten Fortschritte in der Desinfektionspraxis.

(Wiener Klinik 1887. Hft. 10.)

An der Hand der Thatsache, dass seit einer langen Reihe von Jahren einer gewissen Summe von Neuerrungenschaften auf dem Gebiete der Antiseptik und Desinfektion auch eine neue darauf basirte behördliche Verordnung erscheint, bespricht Verf. die in dem letzten Jahrzehnt erschienenen österreichischen und deutschen Sanitätserlasse, welche die öffentliche Desinfektion betreffen. Es ist von hohem Interesse, zu sehen, wie ein Mittel das andere drängt, eine Erfahrung die andere schlägt, wie das »Heute« über das »Gestern« lacht und spottet, um vielleicht morgen wieder einsichtsvoll und reumüthig Umkehr zu halten.

Der letzten österreichischen Desinfektions-Instruktion vom 16. April 1880 folgte die deutsche »Anleitung zum Desinfektionsverfahren d. d. Berlin 15. August 1883, die schon gewaltige Fortschritte gegen ihre eben genannte Vorgängerin aufweist. In noch weit größerem Maße ist dies der Fall bei der neuesten Berliner Desinfektionsanweisung d. d. 7.—8. Februar 1887, welche in 20 Paragraphen zerfällt, und den allerneuesten Errungenschaften Rechnung trägt. Der Inhalt dieser 20 Paragraphen lässt sich begreiflicherweise im Referate nicht wiedergeben. Übrigens ist seither, und zwar am 16. August 1887 eine neue Desinfektionsverordnung in Wien er-

schienen, deren der Verf. keine Erwähnung thut. Sie ist ihrer deutschen Vorgängerin sehr ähnlich, wie dies ja auch der Kürze der Zeit entspricht, die zwischen der Berliner Verordnung und ihr liegt. Ref. möchte die interessante Arbeit schon desshalb den praktischen Ärzten empfehlen, weil sie daraus ersehen können, wie wenig Opfer an Zeit und Geldwerth eigentlich das behördlich festgesetzte Desinfektionsverfahren beansprucht. **v. Buschmann** (Wien).

Kasuistik.

7) **W. H. Parish** (Philadelphia). Porro-Müller-Operation wegen verschleppter Schulterlage.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Mai. p. 503.)

Pat., eine 26jährige Primipara, war seit 7 Tagen kreißend. Von drei Ärzten war vergeblich Wendung versucht worden. Der Uterus war fest kontrahirt, sehr empfindlich, der Muttermund $1^1/_2$ Zoll im Durchmesser, fest um den vorliegenden Arm kontrahirt; übelriechender Ausfluss. Da angenommen wurde, dass bereits Verletzungen der Gebärmutter bestanden und septische Infektion erfolgt sei, das Becken eng war, wurde von einer Zerstückelung der Frucht Abstand genommen und Kaiserschnitt beschlossen. Bauchschnitt, Anlegen des Gummirohres, Einschnitt in den Uterus, leichte Entfernung der Frucht und der Nachgeburt. Das Endometrium grünschwarz, wie bei puerperaler Septikämie, daher wurde der Uterus entfernt. Tod nach 48 Stunden. **Engelmann** (Kreuznach).

8) **Lewis.** Amputation der Brust unter Cocainanästhesie.

(Med. record 1887. Juni 4. p. 635.)

Nachdem die zu amputirende Brust durch einen starken mit Gummi überzogenen Eisenring nach Corning's Rath umschnürt war, um die Einwirkung des Cocains auf die beabsichtigte Stelle zu beschränken, wurden gerade in der mittels Jodtinktur bezeichneten Operationslinie in Abständen von je $^1/_2$ Zoll ringsum in die Haut selbst Einspritzungen einer 2%igen Cocainlösung gemacht. Größere Mengen davon wurden außerdem in den Tumor selbst eingespritzt, im Ganzen wurden etwa 10 g verbraucht. Die Operation wurde ganz schmerzlos vollendet, nur die Anlegung der Naht nach Abnahme des Ringes wurde empfunden. Weder auf den Heilerfolg noch in irgend einer anderen Beziehung machte sich eine unangenehme Wirkung des Cocains geltend. In allen Fällen, in welchen Chloroform- oder Äthernarkose nicht rathsam erscheint, kann somit die Anwendung des Cocains in der angegebenen Art empfohlen werden. **Lühe** (Demmin).

9) **Clinton Cushing** (San-Francisko, Kal.). Beiträge zur Bauchchirurgie.

(Pacific. med. and surg. journ. 1887. März.)

1) Junge Dame, unverheirathet, früher stets gesund, seit 8 Monaten krank mit Frost und Fieber, heftige Schmerzen im Becken. Diagnose: großer Beckenabscess. Incision zwischen Becken und Nabel in der Linea alba, Abdomen eröffnet, ca. 2 Liter stinkenden Eiters entleert. Eiterhöhle ausgewaschen; dieselbe ist nach oben in Nabelhöhe durch die verklebten Därme und Netz abgeschlossen. Gegenöffnung durch den Douglas'schen Raum, durchgehende Drainage. Am 3. Tage p. op. entleert sich Urin durch die Bauchwunde: der obere Theil der Blasenwand ist erweicht. Artificielle Vesico-vaginal-Fistel, um den Urin von der Abscesshöhle wegzudrainiren. Guter Verlauf; nach 2 Monaten neuer Abscess in der rechten Ovarialgegend außerhalb der ursprünglichen Abscesshöhle. Incision von der Bauchwunde aus, Drainage durch die Vagina. Völlige Heilung.

2) 40jährige Wittwe; Tumor in abdomine seit Jahren, dabei gute Gesundheit.

Die Geschwulst verursacht Unbequemlichkeiten, liegt vorwiegend in der linken Seite, erstreckt sich vom Becken bis zum Zwerchfell, hat unregelmäßige Oberfläche, solide Beschaffenheit. Diagnose: Multilokuläres Fibromyom. Laparotomie; elastische Ligatur des Stumpfes, Umsäumung mit Peritoneum, extraperitoneale Stielbehandlung. Ungestörte Heilung.

3) 27jährige Frau; seit der Kindheit Geschwulst in der linken Seite, langsam gewachsen. Tumor in der linken Ovarialgegend ist gänseeigroß, wenig beweglich, elastisch. Diagnose: Ovariencyste, wahrscheinlich dermoider Natur. Die Laparotomie zeigt, dass die Geschwulst extraperitoneal sitzt. Incision direkt auf den Tumor von den Bauchdecken aus; derselbe nimmt den ganzen linken Inguinalkanal ein; Exstirpation einer Dermoidcyste. Heilung, durch Pneumonia dextra am 14. Tage unterbrochen; Genesung.

4) 20jährige Frau, seit 2 Jahren leidend mit Schmerzen in der Ovarialgegend. Vor $1^1/_2$ Jahren rechtsseitiger Beckenabscess eröffnet von der Vagina aus; später Öffnung links von dem Cervix gemacht, Pat. nimmt 40 Pfund zu und ist 6 Monate lang sehr wohl. Dann wieder schlechtes Befinden, sie verliert 20 Pfund; die Untersuchung ergiebt eine Fistel links von dem Cervix nach der Ovarialgegend, Entleerungen dünn und gering an Menge; Urin enthält Albumen, beginnende Amyloidentartung der Nieren. Laparotomie, dauert 2 Stunden, zahlreiche feste Verwachsungen der Beckenorgane unter einander mit den Gedärmen, Netz und Bauchwänden. Beide Eierstöcke sind vergrößert, bestehen aus käsiger, halbflüssiger Masse, sind eingebettet in organisirte Lymphe. Ovarien entfernt, Glasdrain im unteren Wundwinkel. Durch den Drain entleert sich stinkender Eiter, vom 3. Tage ab Fäces, eben so durch die Vaginalfistel; am 7. Tage Tod.

5) 33jährige Nullipara, litt an linksseitigen neuralgischen Schmerzen im Gesicht, Brust und Ovarialgegend; ist stark abgemagert. Orangegroßer Tumor in der linken Ovarialgegend. Laparotomie; zahlreiche Verwachsungen, der Tumor ist eine intraligamentär entwickelte Ovariencyste, wird ausgeschält, das Peritoneum über der Wundhöhle vernäht. Drainage nach den Bauchdecken. Glatte Heilung.

Kreutzmann (San-Francisko).

10) **Howard A. Kelly** (Philadelphia). Erfolge von abdominellen Eingriffen, ausgeführt während $7^1/_2$ Monaten im Jahre 1886.

(Separatabdruck aus dem Transact. of the Philad. county med. soc. 1887. Febr. 9.)

28 Laparotomien wurden, auf 19 verschiedene Indikationen hin, gemacht. Darunter befanden sich nur 5 Ovarientumoren, während sonst die mannigfachsten Affektionen des Uterus, der Adnexe und anderen Bauchorgane Veranlassung zu den Eingriffen boten; so wurde einmal die Bauchhöhle geöffnet, um im hypertrophischen Stadium der Lebercirrhose direkte Blutentziehung an der Leber vorzunehmen; da die Erkrankung jedoch bereits zu weit vorgeschritten gefunden wurde, stand man von dieser letzteren Absicht ab und schloss die Bauchhöhle wieder. Nur 3 von sämmtlichen Operirten starben; die Enderfolge scheinen im Allgemeinen recht zufriedenstellend gewesen zu sein. Jedenfalls giebt die in gedrängter Kürze zusammengestellte Übersicht ein recht anschauliches Bild, wie weit die Grenzen der Indikationsstellung zur Eröffnung des Abdomens nachgerade ausgedehnt werden.

Zeiss (Erfurt).

11) **Mann** (Buffalo). Entfernung solider Uterus- und Ovariengeschwülste durch Bauchschnitt.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Mai. p. 449.)

Bericht über 9 Laparotomien, 3 wegen solider Ovarientumoren, 4 wegen gestielter subseröser, 2 wegen Myome, welche den ganzen Uterus einnahmen.

1. Fall. Doppelter Ovarientumor; Entfernung der Geschwülste und des Corpus uteri, welches von jenen umwachsen war, Stiel versenkt, Heilung.

2. Fall. Fibrom des linken Eierstockes; Ascites; Stiel versenkt; Heilung.

3. Fall. Kleines Rundzellensarkom des linken Eierstockes; Klammer, Entfernung derselben am 10. Tag, Lösung des Stieles, hohes Fieber, Wiederöffnen der Bauchwunde; Tod an Septikämie.

4. Fall. Gestieltes Uterusmyom; sehr kurzer Stiel, daher Klemme; Einriss in das Rectum, Naht; lange Dauer der Operation; Shock, Heilung.

5. Fall. Uterusmyom; Myomotomie; Nachblutung aus dem Stiel, welcher nur mit einer Ligatur, welche abgeglitten war, umgeben war; Wiedereröffnen des Abdomen, welches ganz mit Blut angefüllt war; Heilung.

6. Fall. Uterusmyom; Hysterektomie; Klemmer; Heilung. Es war beabsichtigt, die Eierstöcke zu entfernen. Dieselben waren jedoch in einer Masse fester Adhäsionen eingepackt, so dass sie selbst nach Entfernung der Geschwulst nicht aufgefunden werden konnten.

7. Fall. Fibröse Vergrößerung des Uteruskörpers; Hysterektomie; Klemmer; Heilung.

8. Fall. Uterusmyom; große Eiterhöhle, welche 2 Liter Eiter enthielt; Hysterektomie; Klemmer; Heilung. 6 Monate vor der Operation hatte noch ein Abort im 3. Monat stattgefunden.

9. Fall. Doppelte Eierstockcyste; Myom des Fundus uteri; Entfernung; Heilung. **Engelmann** (Kreuznach).

12) **Tschunichin.** Über Fibrome und Polypen der Gebärmutter und Scheide.

(Journal für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. I. No. 7—8. [Russisch.])

In der gynäkologischen Abtheilung der Klinik in Charkow fanden sich im Lauf von $4^1/_2$ Jahren unter 1422 Kranken 135 (9,5%) mit Polypen (44) und Myomen (91). Der Procentsatz schwankte in den einzelnen Jahren zwischen 2,8 und 15,5%. Die Fibromyome hatten sehr verschiedene Form und Konsistenz, von einer Weichheit, größer als die der Gebärmutter bis zu knorpeliger Härte. Die Farbe wechselte von blassroth bis dunkelblau. Die Größe war verschieden, von der Größe einer Nuss bis zu der einer Gebärmutter im letzten Monate, das Gewicht stieg bis zu 18 Pfund. 38 Fibrome waren subperitoneal, 10 submukös, 1 ein Fibrom der Scheide. Die Größe der Polypen stieg von Erbsen- bis zu Faustgröße, die Oberfläche war bald glatt, bald rauh, die Farbe mehr blass. 22 von ihnen waren fibrös, 20 Schleimpolypen, 1 bestand aus granulösen Zellen und einer war ein Rhabdomyoma myxomatodes multiplex vaginae. Die Fibrome saßen größtentheils auf der Gebärmutter (72mal), besonders an der vorderen und hinteren Wand (24 und 31), die Polypen waren am häufigsten am inneren Muttermund befestigt, besonders an der vorderen (18) und hinteren Wand (17). **Reimann** (Kiew).

13) **Augagneur** (Lyon). Ein Fall von hysterischem Pemphigus.

(Province méd. 1887. No. 19.)

Ein 29jähriges Mädchen hatte mit 18 Jahren ein Typhoid überstanden, wahrscheinlich auch eine Nephritis. Im Anschluss an diese Erkrankung war zum ersten Mal eine Pemphiguseruption erfolgt, welche zuerst in längeren Zwischenräumen, später immer häufiger, zuletzt fast regelmäßig bei jeder Menstruation sich wiederholte und 4—5 Tage anhielt. Befallen wurden nur die Unterschenkel. Mehrmalige, einmal sogar fast auf 2 Jahre ausgedehnte Anstaltsbehandlung hatte zwar eine gewisse Besserung zur Folge gehabt, sie hielt aber nur einige Monate an.

Pat. war eine ausgesprochene Hysterica. Sie hatte an Hysteroepilepsie, anhaltendem Erbrechen ohne Beeinflussung des Allgemeinbefindens etc. gelitten. A. führt daher auch den Pemphigus auf die Hysterie zurück. Er hält es für angebracht, eine antihysterische Behandlung einzuleiten, verspricht sich aber selbst wenig Erfolg von derselben. **Graefe** (Halle a/S.).

14) **Hirst.** Diphtherie im Rectum bei Puerperalfieber.

(New York med. journ. 1887. Mai 28. p. 610.)

Außer diphtheritischen Geschwüren in der Vagina fand H. bei einer an puerperaler Sepsis Verstorbenen im Rectum ausgedehnte diphtheritische Membranen. Es legt dieser Fall die Frage nahe, ob nicht hier die Eingangspforte für den ganzen

tödlichen Process zu suchen ist, so wie er auch die Nothwendigkeit sorgfältigster Desinfektion aller zu Klystieren benutzten Instrumente vor Augen führt.

Lühe (Demmin).

15) **Mann.** Abort nach Gebrauch von hypermangansaurem Kali.

(Therapeutic Gazette 1887. Mai. p. 356.)

Nachdem im vorigen Monatsheft dasselbe Journal eine Zuschrift über einen nach Gebrauch von hypermangansaurem Kali eingetretenen Abort veröffentlicht hatte, bringt es hier abermals einen Artikel gleichen Inhalts. Diesmal trat bei einer seit einem Jahre angeblich nicht menstruirten Farbigen Abort eines 2monatlichen Fötus ein, wenige Tage nach Anfang der Medikation.

Lühe (Demmin).

16) **Sperry.** Abort folgend dem Gebrauch von Kali hypermanganicum.

(Therap. Gaz. 1887. April 15. p. 282.)

S. gab einer Frau, welche mit Sicherheit Schwangerschaft für unmöglich erklärt hatte, als Emmenagogum Kali hypermanganicum in Pulvern von 0,12 g, wovon 7 Stück genommen wurden. Am nächsten Tage wurde S. aufs Unangenehmste durch den Eintritt eines Aborts überrascht. **Lühe** (Demmin).

17) **Clément** (Lyon). Antipyrin beim Typhus in der Schwangerschaft.

(Lyon méd. 1887. März 13.)

Seit C. Antipyrin, oder kalte Bäder konsequent im Typhus der Schwangeren anwendet, oder Andere anwenden sieht, hat die Zahl der eingetretenen Aborte abgenommen. Er hält das Leben des Kindes für gefährdet, wenn sich die Temperatur der Mutter mehrere Tage lang auf 40° hält und schätzt desshalb gerade das Antipyrin als vorzügliches, hier nicht zu ersetzendes Medikament. Die Furcht vor Collaps durch Herzlähmung sei durchaus unberechtigt, wie er durch Verabreichung vieler großer Antipyrindosen an Kranke mit Affektionen der Herzklappen, des Perikards, der Pleura und Nieren bewiesen habe. **Zeiss** (Erfurt).

18) **D. Longacker** (Philadelphia). Bemerkungen über Behandlung der Geburt bei engem Becken.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Mai. p. 468.)

L. berichtet über 6 Fälle, welche kein besonderes Interesse bieten. Er fasst seine Ansicht in folgenden Sätzen zusammen:

Bei flachem und rachitischem Becken wird häufig das Missverhältnis im Beckeneingang durch die Natur überwunden, falls der Kopf vorliegt.

Mittels der Zange und besonders der Achsenzugzange vermögen wir häufig die Geburt zu beendigen, wenn der Kopf im Beckeneingang zurückgehalten wird.

Die Zange, wenn richtig angewandt, ist gefahrlos für Mutter und Kind.

Die Beckenenge an und für sich ist keine Indikation zur Wendung.

Bei flachen Becken mit einer Conjugata von nicht mehr als $3^1/_4$ und nicht weniger als $2^3/_4$ Zoll ist Frühgeburt einzuleiten. **Engelmann** (Kreuznach).

19) **Garrigues.** Antiseptische Wochenbettbinden.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1887. April 23. p. 472.)

G. lässt im Wochenbett zur Aufnahme der Lochien in Sublimatlösung 1 : 2000 getauchte Wattebäusche vor die Genitalien legen. Darüber kommt dann ein Stück undurchlässigen Stoffs, der durch dieselbe Lösung desinficirt ist, und das Ganze wird durch kravattenförmig zusammengelegte Musselinstreifen festgehalten. Ähnlich verfährt Richardson und es gelang beiden Geburtshelfern in den von ihnen geleiteten Anstalten die Mortalität der Wöchnerinnen an puerperaler Sepsis von 6,06% auf 2,1% resp. von 5,55% auf 0% herabzusetzen. **Lühe** (Demmin).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 8. Sonnabend, den 25. Februar. 1888.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie.

Einladung.

Vom 24.—26. Mai dieses Jahres, in der zweiten Hälfte der Pfingstwoche, wird in Halle a. S. der zweite Kongress der

»Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie«

tagen.

Die Sitzungen werden Vormittags von 9—12 und Nachmittags von 2—4 Uhr in der kgl. Universitätsfrauenklinik abgehalten.

Kranke, welche von Mitgliedern der Gesellschaft vorgestellt werden sollen, können nach rechtzeitiger Anmeldung Unterkunft in der kgl. Universitätsfrauenklinik finden.

Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen werden bis zum 20. April an Prof. Kaltenbach erbeten. Zu reger Betheiligung laden ihre Fachgenossen ein

Kaltenbach, *Halle a. S.* ***Olshausen,*** *Berlin.* ***Gusserow,*** *Berlin.*

Zur Technik der Ergotininjektionen.

Von
Dr. A. Schücking, Pyrmont.

Gegenüber den verschiedenen Vorschlägen zur Technik der Ergotininjektionen, die in diesem Blatte neuerdings diskutirt wurden (cf. d. bez. Veröffentlichungen von Bumm und Engelmann), möchten wir es für angezeigt erachten, mit einem Rückblick die auf in der Berliner klin. Wochenschrift 1883 No. 27 von uns empfohlene Methode der Injektionen in das uterine Gewebe Folgendes zu bemerken.

Wenn bei unserer Applikationsweise alle Postulate erfüllt sind — die Nadel des zu diesen Injektionen von uns angegebenen Instrumentes genügend desinficirt ist, die benutzte Ergotinlösung frisch und unverdünnt ist (wir benutzten schon vor unserer Veröffentlichung 1883 stets ca. $^1/_4$—$^1/_3$ Spritze reinen »Ergotin. Bombel. pro injectione«) und endlich die Nadel nicht tiefer als einen halben bis ganzen Centimeter in die vordere oder hintere Muttermundslippe, je nach Stellung des Uterus, eingestoßen wird, worauf das Instrument einige Sekunden liegen bleiben muss — so ist diese Methode absolut gefahrlos, schmerzlos und allen anderen Applikationsweisen an Wirksamkeit durchaus überlegen. Ich bemerkte seiner Zeit, dass die hochgradige Entwicklung des Lymphgefäßsystems des Uterus mit seinen starken, zu den Beckendrüsen und Lendengeflechten verlaufenden Stämmen trotz der straffen Schichtung des Cervixgewebes eine sofortige Aufnahme und rasche Fortleitung des Medikamentes ermöglichte. Dem entsprechend ist der Effekt auch stets ein rascher und energischer. Verstärkt wird diese Wirkung noch durch den von der Einstichstelle fortgeleiteten mechanischen und chemischen Reiz der Injektionen, der sich häufig durch ein sofortiges Erblassen und Kleinerwerden der Portio kennzeichnet. Was nun die Vorgänge betrifft, die sich an den Injektionsstellen abspielen, so habe ich Symptome einer reaktiven Entzündung als Folgeerscheinung einer solchen Behandlung nie beobachtet. Man könnte indess annehmen, dass durch die Einspritzungen in das Gewebe der Portio an jeder Injektionsstelle ein insulärer Reizzustand gesetzt werde, dem dann eine Bindegewebsschrumpfung an der betreffenden Stelle nachfolgen würde. Dann aber würden an der Portio vag. doch wohl Einziehungen und Verhärtungen festzustellen sein, die ich noch in keinem dieser Fälle habe auffinden können. Die Möglichkeit, dass sich an den Injektionsstellen Infarkte bildeten, die ohne eigentliche reaktive Entzündung zur Resorption des nekrotischen Gewebes führten, wäre allerdings nicht auszuschließen.

Es sind mir nun Fälle mitgetheilt, in denen die Injektionen in die Port. vag. mehr oder minder bedenkliche Folgeerscheinungen nach sich gezogen hatten. In diesen Fällen habe ich indess feststellen können, dass die Injektionen entweder in den Uteruskörper oder in das Fibroid selbst gemacht waren. Injektionen in den Tumor sind aber

aus naheliegenden Gründen stets zu vermeiden — sollte der Tumor auch einen sehr tiefen Sitz haben, so ist die Nadel in eine von der Geschwulst entfernte Stelle der vorderen oder hinteren Muttermundslippe einzuführen. Ich hege außerdem den dringenden Verdacht, dass in den genannten Fällen für die Desinficirung der Nadel, so wie für die gute Beschaffenheit der Desinfektionsflüssigkeit nicht genügend Sorge getragen ist. Auf die tadellose Beschaffenheit der benutzten Materialien ist selbstverständlich das Hauptgewicht zu legen. Dass bei Subinvolution des Uterus, hochgradiger Erschlaffung des Organs und hierdurch entstandenen Lageveränderungen, ferner bei Erosionen und Hyperplasien des Drüsenkörpers der Portio die Injektionen von Jod und Fowler'scher Tinktur mit dem angegebenen Instrument günstige Resultate erzielen lassen und selbst im gegebenen Fall uns die Amputation der Portio zu ersparen im Stande sind, habe ich bereits in der oben citirten Veröffentlichung des Weiteren ausgeführt.

---

1) **Zinowieff** (St. Petersburg). Untersuchungen über die pathologische Anatomie der Placenta bei Aborten.

(Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynécol. 1887. No. 5—7.)

Die Arbeit ist im Laboratorium des Herrn Doléris ausgeführt; als Material dienten Abortiveier, welche lange Zeit in Alkohol aufbewahrt waren.

Die Ergebnisse sind folgende:

Die Hyperplasie des Bindegewebes entsteht nach den Untersuchungen des Autors unabhängig von hämorrhagischen Herden.

Eine hyaline Degeneration der Wandungen der placentaren Gefäße hat Z. in keinem Falle beobachtet; ferner entwirft er eine multiple Periarteritis, welche nach Ackermann die weißen Infarkte bedingt.

Die intraplacentaren Hämorrhagien sind nach Z. entweder circumscripte oder diffusse; im letzteren Falle findet die Blutung statt in den mit Deciduazellen ausgefüllten Maschen des placentaren Bindegewebsgerüstes und bedingt eine Atrophie dieser Zellen.

Z. will in der Nähe der Gefäße eine Transformation der Deciduazellen in spindelförmige Zellen beobachtet haben und er fasst diesen Vorgang als charakteristisch für den Anfang einer Periarteritis auf.

Eine wesentliche Erkrankung des Endothels der placentaren Gefäße hat Z. niemals beobachtet und leugnet desshalb eine Endarteritis placentaris, welche nach einigen Autoren (es wird Leopold genannt) eine große Rolle bei dem Entstehen von Thromben spielt.

Z. meint, dass unter pathologischen Verhältnissen die Deciduazellen im Stande sind, jede Art von Bindegewebe hervorzubringen.

Verf. beschreibt eine schleimige Infiltration (infiltration muqueuse) der Deciduazellen und der Zotten und sieht mit Doléris hierin

einen normalen Vorgang zu einer bestimmten Epoche in der Entwicklung des Eies und meint ferner, dass diese schleimige Infiltration eine wichtige Rolle spielt bei der Bildung der Gefäße und der »Hämatoblasten« im Inneren der Zotten und im Zwischengewebe der mütterlichen Decidua.

Von weiteren Abnormitäten der Placenta beschreibt Verf.: eine fettige Degeneration der Deciduazellen (bekanntlich normal) und der Zotten; jedoch sollen dieselben eine gewisse Zeit hindurch ihre Umrisse behalten, so dass man die Zotten leicht wieder erkennen kann.

Die »körnige Degeneration« (Dégénérescense granuleuse) sieht Verf. als Vorstufe an, nicht allein für die Steatose, sondern auch für die einfache Atrophie der Zellen.

Die Atrophie der Zotten vergleicht Verf. mit der von Nothnagel zuerst beschriebenen Atrophie der Darmzotten.

Die oben erwähnte normale schleimige Metamorphose der centralen Zellen der Zotten kann nach Z. die erste Stufe für die Blasen- und Hydatidenmole sein.

An der retinirten Placenta nach Aborten hat Verf. Obliteration und Schwund der Gefäße, einfache Atrophie der Zellen und der Zotten, fettige und hyaline Degeneration, Wucherung des Bindegewebes, Periarteritis, fibröse Obliteration der Zotten gefunden.

Abbildungen sind nicht beigefügt. **W. Nagel** (Berlin).

---

2) **J. Storp.** Über fötale Rachitis.

Inaug.-Diss., Königsberg, 1887.

Verf., welcher unter der Ägide von Dohrn und Neumann gearbeitet hat, bemüht sich, an der Hand von 2 sorgfältig untersuchten Fällen, durch Vergleichung derselben mit den in der Litteratur berichteten analogen Fällen den Nachweis zu führen, dass die sogenannte fötale Rachitis in Wahrheit keine Rachitis, sondern eine Chondritis sei. Als Chondritis foetalis bezeichnet Verf. mit Urtel eine zuerst von H. Müller beschriebene eigenthümliche Erkrankung des Primordialknorpels (s. a. Spiegelberg p. 333. Ref.). Bei dieser Affektion, welche sich in ausgeprägter Weise in den beiden Fällen von S. fand, bleibt die normale Wucherung und Reihenbildung der Knorpelzellen des Epiphysenknorpels in der Längsrichtung aus, das Längswachsthum der Knochen wird auf diese Weise beschränkt und kompensatorisch findet nun ein vermehrtes periostales Wachsthum statt, woraus die kurze und plumpe Beschaffenheit der Knochen resultirt. Die Knochenbildung und speciell die Kalkablagerung geht dabei in normaler Weise von statten. Dadurch, dass die peripheren Diaphysenpartien, welche hauptsächlich periostalen Ursprungs sind, die mittleren Partien des Knochens, welche sich durch endochondrale Ossifikation vergrößern, im Längswachsthum überholen, schieben sie sich am Epiphysenknorpel in die Höhe, klemmen dabei eine Periostfalte ein, hindern so das Längswachsthum an dieser Stelle nahezu

gänzlich und führen zu Verbindungen der Knochen, an den Rippen speciell zum Pectus carinatum.

Das weite Offenbleiben und Klaffen der Schädelnähte und Fontanellen, sowie der geringe Grad von Hydrocephalie, Erscheinungen, wie sie auch in den beiden Fällen des Verf.s vorhanden waren, und die man früher stets als Beweis für Rachitis anführte, beruhen nach Verf. einzig auf der frühen Synostose der sphenobasilaren und intersphenoidalen Synchondrose, welche den Schädelinhalt zwingt, sich nach oben auszudehnen.

Der geschilderte Process ist also grundverschieden von der Rachitis, bei welcher die Wucherungszone des Knorpels verbreitert, die Kalkablagerung dagegen eine mangelhafte ist.

Dührssen (Berlin).

---

3) **Rivière** (Bordeaux). Über die Ophthalmie der Neugeborenen. (Schluss.)

(Ann. de gynécol. 1887. August.)

Die Therapie der ausgebrochenen Entzündung muss sich 3 Aufgaben stellen: 1) Den Gonococcus zu zerstören, 2) den günstigen Nährboden zu vernichten, 3) die Entzündung zu bekämpfen. No. 1 erfüllen nur das Arg. nitr. und das Sublimat. Ersteres genügt aber zugleich der zweiten Indikation und ist daher dem Sublimat vorzuziehen. Mit einer 2,5—3%igen Lösung von Arg. nitr. bepinselt R. 2mal täglich das erkrankte Auge und träufelt dann noch einige Tropfen einer 1%igen Lösung ein. Diese Behandlung ist auch durch Cornealgeschwüre nicht kontraindicirt. Der 3. Aufgabe genügt R. durch öfteres Auflegen heißer Kompressen, welche nach R. die Augenlider sehr rasch zum Abschwellen bringen. Für die Prophylaxe empfiehlt R. das bewährte Credé'sche Verfahren. **Dührssen** (Berlin).

---

4) **M. Porak** (Paris). Über aseptische Quellmittel und ihre Anwendung bei der Endometritis.

(Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynécol. 1887. No. 6—8.)

P. hat eine Reihe von Untersuchungen darüber angestellt, welche antiseptischen Lösungen die verschiedenen Quellmittel am wenigsten ausdehnen, ihnen am wenigsten von ihrer Ausdehnungsfähigkeit nehmen und ihre Zersetzung im Uterus am längsten verhüten. In dieser Hinsicht eignet sich für den Pressschwamm und die Laminariastifte am besten der Jodoformäther, für letztere ist auch der Sublimatalkohol vorzüglich. So präparirt, ließ P. die beiden Quellmittel ohne Nachtheile bis zu 6 Tagen im Uterus. Die Tupelostifte lassen sich dagegen nur schwer desinficiren, da sie nur in öligen Lösungen nicht aufquellen, und das Öl kein gutes Lösungsmittel für Antiseptica darstellt. P. zieht die Dilatation des Collum durch Quellmittel der Vulliet'schen Methode vor, welche die Dilatation durch successives Einlegen von immer zahlreicheren Jodoformtampons

erreicht. Übrigens rechnet P. sowohl die Dilatation des Uterus als auch besonders das Currettement zu den gefährlicheren, wenn auch wirksamen Verfahren bei der Behandlung der Endometritis und wendet beide nur ausnahmsweise an. Durch die Dilatation wird nach P. der Cervix verlängert, die Höhle des Uteruskörpers dagegen verengt und verkürzt. Die Verlängerung des Cervix ist so bedeutend, dass der Uterus trotz der Verkürzung des Uteruskörpers nach der Dilatation in toto länger ist als vorher. **Dührssen** (Berlin).

---

5) **A. F. A. King** (Washington). Eine neue Erklärung der Nierenerkrankungen bei Schwangerschaft und Geburt.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. März. p. 225.)

Die interessante beachtenswerthe Arbeit wurde theilweise in der Sitzung der gynäkologischen Gesellschaft zu Washington am 4. Februar 1887 vorgetragen. Die Theorie K.'s ist kurz folgende: Störungen der Nierencirkulation und Nierenfunktion sind hauptsächlich bedingt durch Druck des schwangeren Uterus auf die Aorta und deren Verzweigungen oder auf die Vena cava oder auf beide und zwar in Folge davon, dass die Frucht und die Gebärmutter ihre normale Lage während der Schwangerschaft, die der seitlichen Obliquität oberhalb des Beckeneinganges, nicht einhalten. Die normale Lage der Frucht in uteri, bevor die Geburt anfängt, ist der Rücken nach vorn, der Kopf seitlich in einer der Fossae iliacae, also was gewöhnlich irrthümlich Querlage genannt wird. Kopflage während der Schwangerschaft ist abnorm. Wird diese normale Querlage während der Schwangerschaft erhalten, so findet kein schädlicher Druck auf die Blutgefäße statt, der Kopf in der Fossa iliaca ruhend wird im Gegentheil die Neigung haben, von der Wirbelsäule und den großen Gefäßen wegzugleiten. Nehmen dahingegen Uterus und Frucht die vertikale Lage ein, so werden sie leicht zu frühzeitig ins Becken herabsteigen und dann naturgemäß leichter in die Lage kommen, auf die großen Gefäße zu drücken. Dass der Druck auf die Gefäße Störungen der Nierenthätigkeit zur Folge hat, nimmt K. für sicher erwiesen an. Die Ursache, warum Störungen der normalen Querlage und in Folge dessen frühzeitiges Herabsteigen des Kopfes in den Beckeneingang besonders häufig bei Primiparis vorkommt, beruht nach K. darin, dass gewisse Schädlichkeiten, wie feste Kleidung, Coiten und gewisse Abnormitäten der Haltung bei diesen stärker einwirken, als bei Multiparis. Einen Beweis für die Richtigkeit seiner Ansicht findet K. darin, dass in Fällen von Konvulsionen Nephritis nie oder fast nie Querlage konstatirt wird. Mit großem Fleiße hat er sämmtliche ihm zugängliche Berichte über Geburten bei Eklampsie etc. zusammengestellt und diese Thatsache konstatirt, die bereits von vielen Geburtshelfern beobachtet worden ist. Schauta, welcher das Material der Wiener Klinik bearbeitete, hat unter 134 345 Geburten 344 Fälle von Konvulsionen, unter welchen nur eine

Querlage sich fand.. Ramsbotham berichtet über 59 von ihm selbst beobachtete Fälle, unter welchen kein Fall von Querlage angenommen werden kann, wenn er es auch nicht direkt ausspricht. Unter 7404 Geburten aus Guy's Hospital fanden sich 14 Fälle von puerperalen Konvulsionen, 13 davon waren Kopf-, 1 Fußlage. See berichtet über 54 Fälle, unter denen keiner als Querlage angenommen werden kann, eben so hat Merriman unter 48 Fällen und Jupletz unter 34 Fällen keine. Trotz fleißigen Suchens in mehr als 300 Journalartikeln, welche über Geburt komplicirt durch Querlage handeln und die über je 1—10 Fälle berichten, hat K. nur einen Fall finden können, bei welchem die Querlage mit Konvulsionen komplicirt war; und in diesem Falle bestand halbseitige Lähmung. Einen weiteren Beweis für die Richtigkeit seiner Anschauung findet K. darin, dass Konvulsionen äußerst selten vor dem 6. Monat der Schwangerschaft sich finden. Die Behandlung, welche sich aus der Theorie K.'s ziehen lässt, würde einfach in der Vermeidung der Schädlichkeiten bestehen, welche die abnorme gerade Lage der Frucht während der Schwangerschaft begünstigen. Sollte sie sich bei der Untersuchung in den späteren Monaten finden, so schlägt K. vor, in der Narkose die Lage zu korrigiren und die Frau für einige Tage in Seitenlage zu halten. Dasselbe räth er an, falls bereits Erscheinungen von Eklampsie sich zeigen. Andere, z. B. Hewitt und Schauta sind ihm darin bereits vorangegangen, welch Letzterer von der Knie-Ellbogenlage wunderbare Erfolge gesehen hat, welche allerdings in dem gegebenen Falle schwer anzuwenden sein dürfte; daher hat Löhlein die Seitenlage empfohlen. Zum Schluss fordert K. die Kollegen auf, ihre Aufmerksamkeit auf die Lage des Fötus in den letzten Monaten der Schwangerschaft zu richten.

Engelmann (Kreuznach).

---

6) **Lawson Tait** (Birmingham). Über die Resultate der einseitigen Entfernung der Uterusanhänge.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Mai. p. 478.)

Nach dem Grundsatz, dass kein Organ entfernt werden darf, welches nicht erkrankt ist, hat Tait bis heute in allen Fällen von Erkrankungen der Uterusanhänge stets nur die erkrankte Seite entfernt. Nun glaubt er aber berechtigt zu sein zu der Ansicht, dass dies falsch war. Um dies zu beweisen, will er den Kollegen eine Liste seiner Operationen vorlegen, um zu entscheiden, ob es nicht in allen Fällen, in welchen es sich um eine ernstliche Erkrankung der einen Seite handelt, geboten sei, beide Anhänge zugleich zu entfernen.

Es sind 27 Fälle, welche hier in Betracht kommen, davon endete einer letal, so dass 26 übrig bleiben. Dieselben vertheilen sich auf folgende Erkrankungen: 1 Abscess des Eierstockes; 2 chronische Ovaritis mit Adhäsionen; 4 Hämatosalpinx; 4 Hydrosalpinx; 15 Pyosalpinx. Die einzelnen Fälle werden ausführlicher mitgetheilt

und dann das Resultat gezogen. Dasselbe ist interessant genug. Von den 26 Frauen waren nur 4 unverheirathet und nur 2 Jungfrauen. Von den 22 verheiratheten Frauen hatten nur 9 Kinder vor der Operation, nach derselben wurden nur 3 schwanger. Bei dreien musste bereits eine zweite Operation zur Entfernung der Anhänge der anderen Seite gemacht werden, und zwar bei Hydrosalpinx, Hämatosalpinx und chronischer Oophoritis. Von den Fällen von Pyosalpinx sind 5 bereits gestorben unter Erscheinungen, welche mit Sicherheit darauf hindeuten, dass die andere Seite erkrankt, Durchbruch und tödliche Peritonitis verursachte. Bei weiteren 8 Fällen hat neuere Untersuchung die Nothwendigkeit einer zweiten Operation gezeigt. Daraus geht hervor, dass in 13 von 26 Fällen die einseitige Operation sich als ein vollständiger Misserfolg herausgestellt hat und dass nur in 3 Fällen der Grund der Erhaltung der anderen Seite die Möglichkeit neuer Schwangerschaft erreicht wurde.

Die Zahlen sind nicht groß genug, um daraus ein abschließendes Urtheil zu ziehen, Tait hat jedoch aus ihnen den Eindruck bekommen, welcher durch neuere Erfahrung, welche noch nicht reif für Veröffentlichung ist, gestützt wird, dass im Fall die Leiden einer Kranken derart sind, dass Laparotomie und Entfernung der Uterusanhänge gerechtfertigt ist, und auch nur eine Seite erkrankt gefunden wird, es dennoch die Pflicht des Arztes ist, beiderseits zu operiren. Sollte die Kranke aus gewissen Gründen dem entgegen sein, so hat der Arzt, bevor er ihrem Wunsche nachgiebt, sie auf die schlimmen Folgen aufmerksam zu machen.

Schließlich polemisirt Tait noch, wie auch Hegar neuerdings (cf. Centralblatt No. 44) gegen die Konfusion, welche hier in der Nomenklatur herrscht. Er schlägt den Namen: Entfernung der Uterusanhänge vor, will aber auch jeden anderen Namen acceptiren, der die wirklichen Verhältnisse bezeichnet und nicht persönliche Beziehungen oder theoretische Ansichten. **Engelmann** (Kreuznach).

---

7) **King** (Washington). Können wir den Mechanismus der Geburt durch Druck auf das Foramen sacro-iliacum beeinflussen?

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Mai. p. 513.)

Bei einer anatomischen Untersuchung war K. überrascht, wie leicht ein Druck auf das Foramen sacro-ischiaticum von außen eine Hervorragung im Innern des Beckens zur Folge hatte. Er verfolgt diesen Befund weiter, indem er nach Entfernung der Beckeneingeweide an der Leiche die Beckenhöhle stark einfettete und einen ebenfalls eingefetteten Kinderkopf in den schrägen Durchmesser brachte, die Stirn nach der Synchondrosis sacro-iliaca. Bei Druck auf das der Stirn entsprechende For. sacro-ischiadicum war es leicht, den Kopf zu rotiren, die Stirn an das Kreuzbein, das Hinterhaupt an die Symphyse zu bringen. K. wirft nun die Frage auf, ob dieser Befund nicht praktisch zu verwerthen sein dürfte. Bei erster Schädel- oder

Gesichtslage müsste dann der Druck auf das rechte Foramen und umgekehrt erfolgen. Weiter hat K. beobachtet, dass bei Anlegung der Zange an den Kopf und Druck auf das Foramen der Zangenlöffel leicht durchgefühlt und bewegt werden könne und damit ebenfalls eine Rotation verbunden sei. Dasselbe Resultat ließ sich auch bei fetten Leichen konstatiren. Auch an Lebenden konnte K. bei Druck auf das Foramen ein deutliches Hervorwölben der Bauchwand konstatiren.

Engelmann (Kreuznach).

---

8) **Leonidas Lewitzki.** Beiträge zur Pharmakologie des Cornutins.

Inaug.-Diss., Petersburg, 1887.

Vorliegende Arbeit wurde unternommen, um ein Urtheil darüber zu gewinnen, ob die Angaben von Kobert über das Cornutin »Hirngespinste sind, wie man in Frankreich behauptet, oder ob sie auf Wahrheit Anspruch machen können«. Dabei ergab sich Folgendes:

1) Bei Fröschen handelt es sich bei der Cornutinvergiftung um eine Reizung des Centralnervensystems, welche sich in Krämpfen ausspricht. Unabhängig davon ist eine veratrinartige Beeinflussung der Muskelsubstanz, in Folge deren die Muskelzuckungskurve und zwar der absteigende Schenkel bedeutend verlängert ist. Beide Wirkungen hat schon Kobert richtig angegeben.

2) Bei Warmblütern (Hunden, Kaninchen, Meerschweinchen) handelt es sich, falls sie nicht schwanger sind und kleine Dosen angewandt werden, um a) eine Vagusreizung, die sich ausspricht in Pulsverlangsamung, Erbrechen, Durchfall; b) eine Reizung des vasomotorischen Centrums, Pupillenerweiterungcentrums Brechcentrums und der Reflexcentren.

Bei großen Dosen kommt es zu klonischen und tonischen Krämpfen heftigster Art und zum Tode durch Lähmung des Athemcentrums. Diese Angaben stimmen sehr gut zu den Kobert'schen.

3) Bei graviden Thieren (Hunden, Kaninchen, Meerschweinchen) wirkt das Mittel sub finem graviditatis schon in sehr kleinen Dosen specifisch auf das im Lendenmarke gelegene Uterusbewegungscentrum und macht von diesem aus Abort, ohne dass das Mutterthier dabei Schaden litte. Bei den nach Frommel und Jacob angestellten Untersuchungen der Uterusbewegung ergab sich, dass der gravide oder puerperale Uterus dabei sich klonisch, aber niemals tonisch kontrahirt, so wie dass nach Durchschneidung des Lendenmarkes alle Bewegungen aufhören. Diese Angaben stehen zu denen von Kobert in schönster Harmonie.

Klinische Untersuchungen an Frauen führen L. zu der Annahme, dass das Kobert'sche Cornutin eins der sichersten Mittel ist, um, per os eingeführt, Kontraktionen sowohl des

schwangeren, als des nicht schwangeren menschlichen Uterus zu erregen. Besonders segensreich waren die Wirkungen bei Blutungen nach Abort und bei Menorrhagien in Folge chronischer Metritis.

Zum Schluss spricht L. die auch vom Ref. getheilte Hoffnung aus, dass die Frauenärzte und Geburtshelfer endlich das Kobert'sche Cornutin so gründlich untersuchen werden, als es untersucht zu werden verdient.

Kobert (Dorpat).

Kasuistik.

9) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 27. Januar 1888.

Vorsitzender: Herr Olshausen, Schriftführer: Herr Veit.

I. Demonstration von Präparaten:

Herr Odebrecht demonstrirt 1) ein submuköses Myom des Uterus von fast Mannskopfgröße, welches er am 25. November p. einer Puerpera post partum durch die Laparotomie entfernte. Dasselbe war im Puerperium verjaucht, höchst wahrscheinlich, weil der Arzt, der die Frau entbunden hatte, wegen profuser Blutung in den Uterus einging, um zurückgebliebene Eitheile zu entfernen, und dabei den Mantel der Geschwulst abriss. Langdauerndes hohes Resorptionsfieber. Laparotomie mit extraperitonealer Versorgung des Stumpfes. Genesung. (Der Fall wird ausführlich veröffentlicht werden.)

2) Ein Cancroid der Port. vag. Die betreffende Pat. war durch starke Blutungen schon erheblich geschwächt. Der Cervix war so gut wie unbeweglich, ob durch gutartige Infiltrationen der Umgebung, oder durch Propagation des Cancroids musste unentschieden bleiben. Wie Vortr. bei Cancroiden der Portio vag. es stets thut, beabsichtigte er nur die hohe Excision des Cervix zu machen, erklärte die Operation aber vorher als nur geringe Chancen bietend. Dieselbe war außerordentlich schwer, Umstechungen unmöglich. Operateur musste daher im Dunkeln, nur tastend, mit der Schere schneiden, wenn er einigermaßen sicher sein wollte, dass alles Carcinomatöse entfernt werde. Eine Totalexstirpation wäre seiner Meinung nach unmöglich gewesen. Die Blutung nach der Excision war abundant und brachte die Operirte in die größte Gefahr, stand aber auf feste Tamponade mit in Chloreisen reichlich getränkter Watte. Pat. erholte sich. Nach 14 Tagen energische Anwendung des Ferrum candens. Pat. ist im September 1886 operirt und bis jetzt, also seit 16 Monaten recidivfrei. Die Diagnose Cancroid konnte schon klinisch keinem Zweifel unterliegen, wurde aber durch das Mikroskop bestätigt.

Der Fall ist von hohem Interesse in dem Streit der Meinungen über die Frage, ob partielle oder totale Entfernung des Uterus bei Cancroid der Port. vag.

3) Ein solider mannskopfgroßer Tumor des Ovarium einer 27jährigen, ledigen Person. Dieselbe klagte über Schmerzen, Abmagerung, Appetitlosigkeit. Der Tumor erschien wie ein Uterus gravidus von 8—9 Monaten, bot keine Fluktuation und imponirte als Myom des Uterus. Bei der Untersuchung in Narkose fühlte man jedoch den Uterus hinter dem Tumor, beweglich. Operation im April 1886. Verwachsungen mit den Bauchwänden, Netz und Darm. Keine Flüssigkeit im Tumor, Verlängerung des Bauchschnittes bis zum Proc. ensif. Leichte Abtragung, glatte Genesung. Bei der mikroskopischen Untersuchung des durchaus soliden Tumors erwies sich derselbe als carcinomatös. Die mikroskopischen Präparate sah sich Herr Kollege C. Ruge freundlichst an und bestätigte die Diagnose. Pat. ist jetzt seit $^7/_4$ Jahren gesund.

Herr Flaischlen legt 2 Uteri vor, die er durch die Totalexstirpation entfernt hat.

Im 1. Falle handelt es sich um eine Kranke, die durch profuse Blutungen aus dem Uterus sehr heruntergekommen war. Als F. von Herrn Dr. Seidel ersucht wurde, die Pat. mit ihm anzusehen, fand er bei der Kranken einen Uterus, der außer metritischer Verdickung nichts Abnormes darbot. Die mikroskopische Untersuchung ausgekratzter Partikel ergab zum Theil einfache Endometritis: ein größeres erbsengroßes durch den scharfen Löffel entferntes Stück erwies sich jedoch als malignes Adenom in Carcinom übergehend. Die Diagnose auf maligne Entartung wurde von Herrn Carl Ruge bestätigt. Die Operation wurde von der sehr anämischen Pat. gut überstanden. Sie ist vollkommen genesen. Der Uterus bot beim Aufschneiden das Bild einfacher Endometritis. Einzelne Stellen der Schleimhaut, die F. untersuchte, boten nur gutartige Veränderungen. Es handelte sich in diesem Falle also um ein in den allerersten Anfängen begriffenes Carcinom der Corpusschleimhaut. Die Prognose in Bezug auf Recidiv ist hier jedenfalls eine besonders günstige.

Im 2. Falle handelte es sich um ein sehr großes Blumenkohlgewächs der Portio, welches den Cervix schon in großer Ausdehnung ergriffen hatte. Dasselbe wurde erst, um Raum zu gewinnen, mit dem scharfen Löffel entfernt und dann die Totalexstirpation des Uterus angeschlossen. Pat. ist reaktionslos genesen.

II. Herrn Löhlein hält den angekündigten Vortrag: Über Wöchnerinnenpflege und Pflegestätten für unbemittelte Wöchnerinnen.

Der Vortr. hebt aus dem weitschichtigen Thema die Frage hervor, wie lange eine besondere Pflege der Wöchnerinnen zu dauern hat. Diese Frage wird je nach der socialen Lage außerordentlich verschieden beantwortet. Wissenschaftlich kann die Antwort nur lauten: so lange, bis der Fruchthalter — seine Wandung wie seine Schleimhautauskleidung — sich völlig zurückgebildet hat.

Aus der einschlägigen Litteratur werden die Arbeiten von Hansen und Leopold eingehender berücksichtigt und ihre Resulsate theilweise durch Angaben aus der eigenen Beobachtung gestützt.

Wenn sich aus einem kurzen Überblick über das Bekannte ergiebt, dass nur in den allergünstigsten Fällen in oder am Ende der 4. Woche die Rückbildung perfekt ist, dass hierzu meist 6, bei schwächlichen und kränklichen Frauen oft 8—12 Wochen nöthig sind, so tritt an uns die Frage heran, ob vom ärztlichen Standpunkte aus nicht mehr als bisher geschehen soll, um die Folgen mangelhaft abgewarteter Wochenbetten, — unter welchen die erworbene Sterilität besonders betont wird, — zu verhüten.

Der Vortr. meint, dass zu diesem Zweck aus den ärztlichen Kreisen heraus laut und vernehmlich die Errichtung von Pflegestätten für unbemittelte Wöchnerinnen gefordert werden muss. Diese sind in erster Linie nöthig für die armen Pfleglinge der großen Entbindungsanstalten, die, am 9.—12. Tage post partum entlassen, durchaus unfähig sind, die früheren Arbeiten wieder aufzunehmen, oder eine Ammenstelle anzutreten. Aber nicht sie allein, auch die in ihrer Wohnung niedergekommenen unbemittelten Frauen und Mädchen müssen gegen niedriges Entgelt eine Stätte finden können zur Ruhe und Erkräftigung in einer Zeit, in der sie der Pflege und Schonung, der Sauberkeit und einer einfachen, kräftigen Kost dringend bedürfen.

Der Vortr. erinnert an einzelne derartige Pflegestätten, die in Paris und London bestehen und eine bereits vor 6 Jahrhunderten in Deutschland begründete ähnliche Institution. Er ist sicher, dass sein Appell nicht ungehört verhallen wird, da gerade jetzt die öffentliche Wohlthätigkeit die Pflege der Rekonvalescenten kräftig in die Hand genommen hat. Er hält es für Ehrenpflicht der Gesellschaft, gerade jetzt darauf hinzuweisen, dass es keinen einzigen Krankheitszustand giebt, bei dem die allzufrühe Rückkehr zu anstrengender Thätigkeit bei schlechter Ernährung so sicher zu dauernder Invalidität zu führen und dagegen eine einfache und wenig kostspielige Wartung die Gattin, die Mutter, die Hausfrau rüstig zu erhalten vermag, als dies im Wochenbett der Fall ist.

Zum Schluss erwähnt er auch die Vortheile, welche für die Beschaffung von Ammen aus einem derartigen Pflegehaus zumal für Berlin erwartet werden dürften.

Diskussion. Herr Olshausen: Auch mir erscheint die Sorge für gute Rückbildung der Genitalien eine ernste Pflicht des Arztes. Allzu häufig müssen Erkrankungen der Frauen, besonders der Vorfall, auf die Zeit des ersten Wochenbettes zurückgeführt werden. Principiell sollten daher Erstgebärende stets 14 Tage nach der Entbindung liegen.

Der Vorschlag des Herrn Vortr. scheint mir gewiss recht beachtenswerth; doch ist es meiner Ansicht nach am zweckmäßigten, für denselben durch Belehrung und persönliche Einwirkung langsam einzutreten; schon der Vortrag selbst wird segensreiche Folgen haben.

Herr Veit: Dem Sinne des Herrn Vortr. scheint man besser zu entsprechen dadurch, dass man neben der Rekonvalescentenpflege die freie Aufnahme der zu Entbindenden anstrebt und daher auch schon die 1. Woche, nicht erst die 2. und 3. Woche zum Gegenstand der Fürsorge macht. Die Schwierigkeit wird ja immer in dem Streben nach der freien Aufnahme für den von dem Herrn Vortr. erwähnten Zeitraum zu finden sein; Kosten darf man, um den Vorschlag populär zu machen, nicht den betreffenden Wöchnerinnen auferlegen, weil sie ja jetzt zur Noth schon erwerbsfähig sind, und zu ihrem dauernden körperlichen Nachtheil den Verdienst durch Arbeit zu erlangen versuchen. Die kostenfreie Aufnahme auch in der ersten Zeit ist ein würdiges Ziel der humanen Bestrebungen, aber dann soll man gleich und als Gesellschaft anregend eintreten.

Mit der theoretischen Begründung des Vortrages stimme ich in so fern nicht überein, als ich im Allgemeinen die Rückbildung der Genitalien bis zum Ende der 4. resp. Anfang der 5. Woche für beendet ansehe. Abweichungen hiervon sind natürlich sehr häufig und weil man die Gründe derselben wenig kennt, ist die Stütze durch Leichenbefunde nicht recht möglich; zu leicht kann es vorkommen, dass überstandene Erkrankung, Nichtstillen etc. — Momente, die sich meist dem Secirmesser entziehen — die Ursache der scheinbar normalerweise noch länger sich hinziehenden Involution sind. Endlich bin ich sehr geneigt, viele Störungen, die der ersten Entbindung folgen, auf frische gonorrhoische Infektion zurückzuführen, und dieser Schädlichkeit mindestens dieselben Nachtheile zuzuschreiben, wie dem frühen Arbeiten.

Herr Hadlich (Pankow): Ich bin der Meinung, dass Herr Löhlein mit vollem Recht gerade jetzt diese Sache angeregt hat, denn die Frage der Rekonvalescentenhäuser ist gegenwärtig im Flusse. Ich möchte sogar behaupten, dass zu einem wenn auch nur kleinen Theile schon jetzt durch die von der Stadt Berlin eingerichteten Heimstätten für Genesende (von welchen diejenige in Blankenburg für weibliche Genesende bestimmt ist) eine Erholungsstation auch für Wöchnerinnen geschaffen ist; wenigstens hat man von vorn herein für diese Heimstätten auch Frauen im Auge gehabt, welche durch starken Blutverlust und andere Umstände bei der Entbindung oder bei einem Abort blutarm geworden oder geschwächt sind. An eine Heimstätte ausschließlich für Wöchnerinnen würden allerdings besondere Anforderungen in der Einrichtung zu stellen sein. Ich möchte aber glauben, dass bei der Geneigtheit der Berliner Behörden für die Errichtung von Rekonvalescentenhäusern, wie ja aus den Berichten über die betreffenden Verhandlungen in der Stadtverordnetenversammlung entschieden zu entnehmen ist, dass, sage ich, darauf gehofft werden könnte, dass auch eines der weiteren Rekonvalescentenhäuser, deren Errichtung man beabsichtigt, zu einer Heimstätte für Wöchnerinnen bestimmt werde. Allerdings dürfte es hierzu wohl nöthig sein, dass auch von anderer Seite für die Angelegenheit etwas geleistet wird. Bisher hat die Stadt Berlin wohl die Kosten für Gründung und Einrichtung ihrer Heimstätten für Genesende bewilligt, es werden aber die Unterhaltungs- resp. Verpflegungskosten der Hauptsache nach anderweitig aufgebracht. Demgemäß würde es, wie ich glaube und wie es auch Herr Veit ausgesprochen hat, gerade für diese Gesellschaft eine sehr angemessene Aufgabe sein, vielleicht durch Gründung eines Vereins oder auf andere Weise Mittel für ein Wöchnerinnenhaus aufzubringen, ähnlich wie z. B.

viele irrenärztliche Vereine Mittel für aus Anstalten entlassene Geisteskranke sammeln.

Herr Löhlein erwiedert auf die diesbezügliche Frage des Herrn Vorsitzenden, dass er nicht beabsichtigt habe, bestimmte Anträge zu stellen, es indessen mit großer Freude begrüße, wenn die Gesellschaft durch eine ad hoc gewählte Kommission der Sache näher trete. Er sei überzeugt, dass — einmal zur Sprache gebracht — der Gegenstand zunächst in weiteren ärztlichen Kreisen und hernach auch von den betreffenden staatlichen und städtischen Verwaltungen erörtert werden würde.

Was speciell Berlin betrifft, so dachte Herr Löhlein — ähnlich wie dies Herr Hadlich darlegte — dass bei der Errichtung des nächsten Rekonvalescentenhauses seitens der Stadt die Wöchnerinnenpflege in erster Linie berücksichtigt werden sollte.

Wenn Herr Veit sagte, die poliklinischen Kranken, deren erworbene Sterilität Löhlein auf ein vernachlässigtes Wochenbett zurückführte, hätten ihr Leiden ganz oder fast ausschließlich gonorrhoischer Infektion zu verdanken, so kann sich Löhlein dieser Auffassung nicht anschließen. Jedenfalls kam unter den von ihm angeführten 31 Sterilen nur bei einer kleinen Minorität Gonorrhoe überhaupt in Frage.

Mit der im Gange befindlichen, sehr beachtenswerthen Agitation für »Wöchnerinnen-Asyle« deckt sich die von Löhlein angeregte Frage nicht. Er verlangt Pflegestätten für unbemittelte Wöchnerinnen, wie sie die Großstadt aus ihren Gebärhäusern etc. entlässt, während die »Wöchnerinnen-Asyle« Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen Unterkunft und Pflege gewähren sollen.

Herr Ebell schlägt vor, eine Kommission zu wählen, um zu prüfen, wie weit die Gesellschaft als solche mit den Vorschlägen des Herrn Vortr. vor die Öffentlichkeit treten soll — ein Antrag, der auf Vorschlag des Herrn Vorsitzenden zur nächsten Sitzung vertagt wird.

---

10) **Jaurès.** Uterusfibrom mit Ergotin geheilt.

(Gaz. des hôpitaux 1887. No. 40.)

38jährige Frau, allmähliches Wachsthum eines Fibroms der vorderen Wand bis Kindskopfgröße. Operation von mehreren Seiten abgelehnt. J. machte seit Januar 1885 mehrfach Ergotininjektion (Bonjean) in den Tumor, stets mit heftiger Reaktion (Frost, Erbrechen, Schmerz etc.). Später täglich angewandtes Yvon'sches wurde gut vertragen. September 1885 heftiges Fieber, peritonitische Erscheinungen, im Tumor bildeten sich Unebenheiten. Fluktuation; später breite Incision, reichliche Entleerung von Eiter, unter mannigfachen Zwischenfällen später reichlich vermischt mit großen Gewebsfetzen des in dieser Weise sich gänzlich enucleirenden Tumors. Heilung. **Hadra** (Berlin).

11) **Hellmuth** (Wlaschim). Hysterische Neurose bei einem Kinde.

(Internat. klin. Rundschau 1887. No. 41.)

14jähriges, körperlich gut entwickeltes, noch nicht menstruirtes Mädchen vom Lande zeigt hallucinatorische Wahnvorstellungen religiösen Inhaltes. Hautsensibilität aufs äußerste herabgesetzt; bei leisester Berührung der entzündlich gerötheten Vagina reagirt das sonst bewusstlose Mädchen durch ungestüme Gebärden.

Nach mehrwöchentlicher Dauer durch Chloralhydrat, Paraldehyd und Ferrum dialysatum geheilt.

Von einer aller bisherigen Medikation trotzenden Koprostase wurde Pat. durch folgende Verordnung befreit:

Rp. Podophyllini
Extr. belladonn. āā 0,50
Extr. aloës aquos. 1,50
Extr. taraxae qu. sat. ut. finat Pill. No. 25
DS. Früh und Abends 2 Pillen.

v. Buschmann (Wien).

12) **Gillar** (Wischau). Beitrag zur Therapie des unstillbaren Erbrechens einer Schwangeren.

(Med.-chir. Centralblatt 1887. No. 42.)

Nach Erschöpfung des ganzen bezüglichen therapeutischen Schatzes hat Verf. auf Rath des Herrn Dr. Riedinger in Brünn folgendes rasch zum Ziele führende Verfahren eingeschlagen: früh $^1/_8$ Liter warmes Karlsbader Wasser, alle 2 Stunden ein Kaffeelöffel Fleischsaft, Mittags und Abends ein Schluck russischen Theeaufgusses mit Zusatz einiger Löffel Fleischsaft. Letzterer wurde derart zubereitet, dass geschabtes Rindfleisch in einer mäßig zugestopften Flasche im Wasserbade gekocht wurde.

Nach jedesmaligem Genusse dieser Mittel wurden mittels Tropfglases 8 Tropfen einer 3%igen Cocainlösung intern gereicht, auf den Magen ein warmer Breiumschlag gelegt und durch $^1/_4$ Stunde die strengste Ruhe in Rückenlage empfohlen. Die Vaginalportion wurde gleichzeitig mit einer 2%igen Cocainlösung touchirt.

In die Kreuzbeingegend wurde die folgende Salbe eingerieben:

Rpf. Jodoform. desodor. 2
Ungt. hydr. cin. 4
Ungt. simpl. 15.

Später eine Belladonnasalbe. Zum Getränk nur Biliner Wasser mit Milch oder Kefir.

Von dem nach Javorski's Vorschrift bereiteten Pepton hat der Verf. keinen guten Eindruck bekommen; trotz sorgfältigster Neutralisation und vorgenommener Verdünnung erzeugt es per klysma gegeben im Mastdarm entzündliche Erscheinungen, per os eingeführt erregt es selbst bei Gesunden unüberwindlichen Widerwillen.

Bei genauer Befolgung des angeführten therapeutischen Verfahrens hat Verf. seither schon mehrmals die günstigsten Erfolge erzielt. Daher er es dringend empfiehlt. **v. Buschmann** (Wien).

13) **Warren Potter.** Ein Fall von Pyosalpinxgenesung ohne Operation. Mit Bemerkungen über Scheidentamponade bei Beckenentzündungen.

(Journ. of the amer. med. assoc. Chicago 1887. August 6. p. 166.)

Die sorgfältig ausgeführte Scheidentamponade in Verbindung mit heißer Dusche und Jodoform- oder Bismutheinstreuung kann häufig bei allerhand Entzündung und Eiterung der Beckenorgane nicht bloß große Erleichterung, sondern direkt Heilung herbeiführen. Der angeführte Fall freilich macht nur ersichtlich, dass irgend ein Beckenabscess, wie Verf. will, ein Pyosalpinx, sich während einer derartigen Behandlung in den Uterus und dann nach außen entleerte, warum aber die Tamponade an diesem glücklichen Ausgang Schuld tragen soll, bleibt gänzlich unklar.

Lühe (Demmin).

14) **Volquardsen.** Fall von Chorea gravidarum.

(New York med. Presse 1887. August. p. 47.)

Eine junge, zum ersten Mal Schwangere wurde im 5. Monat von heftigen Zuckungen befallen, gegen welche sich Narcotica als fast unwirksam erwiesen. Durch die Unmöglichkeit zu schlucken war die Kranke in einen trostlosen Zustand gerathen und als die Erweiterung des Muttermundes mittels der Finger nicht gelingen wollte, entschloss sich V. zur Anwendung des Pressschwammes. Zuerst wurde nur ein Laminariastift eingebracht, der 7 Stunden liegen blieb, am nächsten Tage ein dünnerer, am dritten ein ganz starker Pressschwamm, eben so lange. Hiernach besserten sich die Erscheinungen so auffallend, dass von Einleitung der künstlichen Frühgeburt abgesehen werden konnte. Die Schwangerschaft verlief dann unter Darreichung von Eisen normal bis zu ihrem Ende ohne Wiedereintritt der Zuckungen. **Lühe** (Demmin).

15) **Terrillon.** Ovarialcyste komplicirt durch mentale Störungen.
(Ann. de gynécol. et d'obstétr. T. XXVIII. 1887. September.)

T. beschreibt einen Fall, wo eine hereditär nicht belastete Frau durch die Mittheilung, dass sie einen Tumor im Leibe hatte, sich so heftig erschreckte, dass ein Anfall von akuter Manie mit heftigen Delirien sofort auftrat.

Da die mentalen Störungen anhielten, entfernte T. nach vorheriger Punktion der rechtsseitigen einfächerigen Ovarialcyste (wobei 5 Liter einer schwärzlichen, fadenziehenden Flüssigkeit entleert wurde) am 5. März 1887 beide Ovarien.

Das rechte Ovarium war allerdings gesund, mit Rücksicht aber auf die Psychose wurde auch dieses weggenommen.

Gleich nach der Operation trat eine bedeutende Besserung des geistigen Zustandes ein, welche trotz mehrfacher Schwankungen doch eine stetig fortschreitende war, so dass die Kranke jetzt ihren häuslichen Pflichten obliegen kann.

W. Nagel (Berlin).

16) **W. Strobach.** Zwei Fälle von Laparotomie bei Extra-uterin-Schwangerschaft.
Inaug.-Diss., Berlin, 1887.

Die Grundlage der Arbeit, welche weiterhin auch die Behandlung des Fruchtsackes und der Placenta bei der Operation der Extra-uterin-Schwangerschaften bespricht, bilden 2 von Gusserow operirte und geheilte Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft. In beiden wurde die richtige Diagnose vor der Operation gestellt. Im ersten Fall handelte es sich um eine geplatzte Tubenschwangerschaft, welche zur Bildung einer Hämatocele Veranlassung gegeben hatte. Die Blutgerinnsel, in welchen sich ein der 6. Woche entsprechender macerirter Fötus fand, wurden aus dem Douglas entfernt, und die Tube sammt der in ihrer dilatirten Höhle befindlichen Placenta exstirpirt. Reaktionslose Heilung.

Im zweiten Fall lag im Douglas ein kugeliger Tumor, welcher heftige Druck- und perimetritische Erscheinungen verursachte. Die Regel war einmal ausgeblieben. In der Anstalt selbst wurde im 3. Monat der Schwangerschaft eine charakteristische Decidua ausgestoßen. Dennoch verminderten sich die Beschwerden ganz bedeutend. 3 Wochen später Laparotomie. Beim Versuch, den Fruchtsack, an welchem die Därme vielfach participirten, einzunähen, riss derselbe ein, und es erfolgte aus dem Douglas, in welchem die Placenta inserirte, eine erhebliche Blutung, die einen macerirten Fötus von 8 cm Länge mit herausschwemmte. Die Placenta wurde sofort manuell gelöst, ein langes Drain durch die Bauchwunde eingeführt und nach Durchstoßung des hinteren Scheidengewölbes zur Vagina herausgeleitet, der Rest des Fruchtsackes, so weit es anging, im unteren Wundwinkel eingenäht und mit Jodoformgazestreifen austamponirt. Die Streifen wurden nach 24 Stunden entfernt. Der Verband war reichlich mit Blut durchtränkt, und auch aus dem vaginalen Ende des Drains hatte sich ziemlich viel Blut entleert. Am 6. Tage wurde das Drainrohr entfernt. Im Anfang traten mehrmals vorübergehend Erscheinungen auf, die auf Darmstenose hindeuteten. Der Sack verkleinerte sich unter reichlicher Eiterung rasch, und die restirende Fistel schloss sich 8 Wochen nach der Operation gänzlich. **Dührssen** (Berlin).

17) **Buzzi.** Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Geschwülste der Sacrococcygealgegend.
(Virchow's Archiv 1887. Bd. CIX. Hft. 1.)

Das erste Präparat entstammt einem Mädchen, welches in seinen ersten Monaten an Stuhlbeschwerden, die sich nach einem halben Jahre bis zur fast vollständigen Stuhlverhaltung steigerten, litt; im 5. Lebensmonat bemerkten die Eltern eine Geschwulst der Kreuzsteißbeingegend, welche ziemlich schnell sich vergrößerte und im 11. Monate den Tod des Kindes an Entkräftung bedingte.

Die Geschwulst ragt, wie die anatomische Untersuchung feststellte, vorn bis weniger über das Promontorium nach oben, drängt in der Beckenhöhle den Mastdarm, ohne mit letzterem in nähere Verbindung zu treten, nach vorn, so dass sich der Anus bis dicht unter den Schambogen angedrängt findet und schlingt sich um

die beiden Sitzhöcker herum auf die Hinterfläche des Os sacrum bis zur Insertion der Glutealmuskeln; einen mit einer knopfartigen Anschwellung endenden Ausläufer entsendet die Geschwulst im erweiterten Sakralkanal nach oben bis zur Höhe des Vorbergs, ohne dass dieser Ausläufer jedoch mit den Rückenmarkhäuten in Verbindung tritt; der erste, zweite und dritte Kreuzbeinwirbel sind als Verknöcherung im Tumor angedeutet, während der Rest sammt dem Steißbein, so wie die Steißdrüse fehlen. Das Beckenperitoneum ist von der hauptsächlich vorn und unten gewachsenen Geschwulst nach oben, abdominalwärts verdrängt; Uterus dextroponirt. Von Fötusresten keine Spur im Tumor aufzufinden.

Mikroskopisch handelt es sich um ein Angiosarkom, oder wie einzelne Autoren es nennen, Endotheliom, hervorgegangen aus einer Wucherung der Blutgefäßendothelien.

Den Ursprung der Geschwulst betreffend hält Verf. dieselbe entstanden entweder aus dem zur Bildung der fehlenden Sakral- und Coccygealwirbel bestimmten osteogenetischen Gewebe oder aus der Luschka'schen Steißdrüse. Das Rückenmark mit seinen Häuten hatte keinerlei Antheil an ihrer Entstehung. Unter die parasitischen Neubildungen — foetus in foetu — ist der Tumor darum nicht zu rechnen, weil er nirgends eine Spur von fötalen Resten enthielt.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein Mädchen, welches mit einer hühnereigroßen, der Coccygealgegend angehörigen Geschwulst von einer Mutter geboren worden war, welche außerdem noch zwei gesunde Kinder zur Welt gebracht hatte. Der Tumor zeigte eine höckerige Oberfläche, theils fleischige, stellenweise fluktuirende Konsistenz und hatte die Analöffnung ebenfalls vulvarwärts verdrängt. Eine Punktion entleerte eine gelbliche, klare Flüssigkeit. Da die Geschwulst weiter wuchs, wurde in der fünften Lebenswoche des Kindes dieselbe in Narkose exstirpirt; sie ließ sich gut ausschälen, da sie bis auf einen kleinen Ausläufer zwischen vorderer Sakralfläche und Mastdarm abgekapselt war. Heilung per primam. Das Kind lebte post operationem noch fast 1 Jahr und ging dann an Magendarmkatarrh zu Grunde. Keine Sektion.

Die apfelsinengroße, höckerige Geschwulst stellt ein in einer bindegewebigen Kapsel eingeschlossenes buntes Allerlei eingelagerter Gewebe dar, welche sich aber meistens durch ihren fötalen Typus auszeichnen; ja es fanden sich sogar in ihr wirkliche Ansätze von Anlagen fötaler Organe, die als Andeutungen eines zweiten Organismus angesehen werden müssen, so dass sich Verf. unumschränkt für die parasitische Natur — foetus in foetu — des Tumors erklärt. Nächst der fibrösen Kapselhülle fand sich eine Schicht Fettgewebe, dem normalen subkutanen Fettgewebe gleichartig; mehr centralwärts kommen quergestreifte Muskelbündel; auch fötaler hyaliner Knorpel findet sich an mehreren Stellen in Knorpelplättchen vor, eben so Andeutungen von embryonaler, grauer Hirnsubstanz. Eine spaltförmige Höhle, mit stark gefalteter Schleimhaut ausgekleidet, deren Cylinderepithel gewuchert ist und hohle, epitheliale Sprossen gebildet hat, und welche von glatten Muskelbündeln und Knorpelstückchen umgeben ist, erinnert an ein dem Athmungsapparat ähnliches Gebilde; auch traf Verf. Andeutungen einer Schilddrüsenanlage an. **Menzel** (Görlitz).

18) **Schede.** Tumorenklemme.

(Illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik 1887. Hft. 6.)

Dieselbe dient zur Abklemmung von Hämorrhoidalgeschwülsten, gestielten Lipomen etc. und ist analog der Langenbeck'schen Klemme konstruirt, nur dass sich die beiden Zangenarme und die beiden Zangengriffe behufs besserer Reinigung abnehmen lassen. Außerdem werden die beiden Zangenarme parallel gegen einander geführt; es können dadurch auch dickere Gewebsmassen abgeklemmt werden, ohne dass die Zangenarme darum von einander abweichen. **Menzel** (Görlitz).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 9. Sonnabend, den 3. März. 1888.

(Aus dem städtischen Krankenhause in Odessa.)

Zur Kasuistik des Haematoma vulvae aufserhalb des Puerperiums.

Von
Dr. med. G. **Himmelfarb**.

Die Hämatome der äußeren Geschlechtstheile entstehen gewöhnlich, wie bekannt, während der Schwangerschaft und fast ausschließlich während des Geburtsaktes. Außerhalb dieser physiologischen Zustände kommt ein Hämatom der Vulva nur selten vor und entsteht durch ganz grobe mechanische Verletzungen, z. B. durch Fall auf kantige Gegenstände mit den Geschlechtstheilen, Schlag aus voller Kraft mit dem Fuß auf die Genitalgegend etc. Blutgeschwülste der Vulva außerhalb des Puerperium kommen selten zur Beobachtung, weil Verletzungen der äußeren weiblichen Geschlechtstheile im Ganzen auch selten zu Stande kommen, was sich durch die gut geschützte Lage der Schamtheile leicht erklären lässt. Der folgende, von mir beobachtete Fall bietet durch die Größe der Blutgeschwulst, so wie auch durch die eigenthümliche Ursache ihrer Entstehung Interesse dar.

Pelageja K., 35 Jahre alt, Bäuerin aus dem Kaluger Gouverne-

ment, wurde in meine Abtheilung des städtischen Krankenhauses am 19. Oktober 1887 aufgenommen. Die Kranke klagt über starke Schmerzen in den Geschlechtstheilen, wo sie seit einer Woche eine Geschwulst bemerkt hat, die plötzlich entstanden sein sollte. Die Pat., eine robuste, gut ernährte Frau, menstruirt regelmäßig; die letzten Menses waren 4 Wochen zurück; sie hat 4mal geboren, das letzte Mal seit 2 Jahren. Bei der Untersuchung der äußeren Geschlechtstheile bemerkt man eine ovale Geschwulst des Labium majus dextrum, vom Umfang einer großen Mannsfaust; die Geschwulst nimmt die ganze Dicke der Schamlippe ein, zieht sich von oben vom Schamhügel nach unten bis zum Damm und verlegt den Eingang zur Vulva, so dass die Kranke beim Urinlassen die Geschwulst mit der Hand nach außen schieben muss. Die Geschwulst ist elastisch, prall, blauroth, äußerst schmerzhaft und zeigt ganz schwache Fluktuation. Weder an der Haut der Geschwulst, noch an der gesunden Schamlippe sind geschwellte Venen oder Varices zu bemerken. Es giebt auch keine geschwellten Venen an den unteren Extremitäten. Die inneren Geschlechtstheile bieten nichts Abnormes dar.

Bei ausführlicher Befragung der Kranken, die meine Fragen über die Entstehung der Geschwulst nicht besonders gern beantwortete, konnte ich Folgendes erfahren. Eine Woche früher hatte die Kranke einen Beischlaf mit ihrem angeheiterten Liebhaber; dieser, mit dem Beischlaf nicht ganz befriedigt, biss nach dem Coitus die Kranke in das untere Drittel der linken Schamlippe. Sie fühlte mit einem Male einen starken Schmerz und bemerkte eine ziemlich rasche Entstehung einer Geschwulst, die die oben erwähnten Grenzen erreichte. Eine ganze Woche verbarg die Kranke aus ganz verständlichen Ursachen ihr Leiden, obwohl sie Schmerzen hatte, Schwierigkeit beim Gehen fühlte und nicht wie früher arbeiten konnte. Nur als die Schmerzen sich so steigerten, dass sie fast nicht mehr gehen konnte, suchte sie ärztliche Hilfe auf. Bei ruhiger Lage und kalten Überschlägen verschwanden die Schmerzen in einigen Tagen; dann spaltete ich die Geschwulst, entleerte eine Hand voll Gerinnsel, wusch die gespaltete Höhle aus, füllte sie mit Jodoformgaze und legte einen gewöhnlichen antiseptischen Kompressivverband an. Bei Anfangs täglichem, später 2—3täglichem Wechsel des Verbandes heilte die Wunde vollkommen in 3 Wochen.

Der beschriebene Fall ist in einigen Beziehungen von Interesse. Erstens erregt unsere Aufmerksamkeit die Größe der Geschwulst. Nach den übereinstimmenden Angaben der Autoren nehmen die außerhalb des Puerperiums entstehenden Hämatome nur geringe Dimensionen an. Nach Zweifel (Die Krankh. d. äußeren weibl. Genitalien und die Dammrisse. Stuttgart 1885 p. 64) übertreffen sie fast nie die Größe eines Hühnereies. Nach Hildebrandt (Die Krankh. der äußeren weibl. Genitalien Stuttgart 1887 p. 55) erreichen sie höchstens die Größe eines Apfels und bilden bei der größeren Derbheit und Widerstandsfähigkeit des subkutanen und subfascialen

Bindegewebes viel schärfer begrenzte kuglige Geschwülste, als dies bei Hämatomen innerhalb des Puerperium der Fall ist. In unserem Fall war die Geschwulst von ovaler Gestalt und kam an Größe mindestens einer Mannsfaust gleich. Ich erwähnte schon früher, dass außerhalb des Puerperium ein Hämatom der Vulva nur durch grob mechanische Verletzungen vorkommt; in unserem Falle genügte es eines Bisses, dessen Spuren ich nicht mehr finden konnte (nach Aussagen der Kranken war der Biss »aus Liebe«), um einen so großen Bluterguss zu erzeugen. In der Litteratur sind sehr wenig Fälle bekannt, wo eine geringe Verletzung ein Hämatom der Vulva verursachen konnte. v. Franque (Zweifel, op. cit. p. 64) sah bei einer älteren Frau, die nie geboren hatte, ein Hämatom des Labium majus, wo für den Bluterguss kein anderer Grund zu finden war, als ein übermäßiges Pressen beim Stuhlgang. Gempe (F. Winckel, Lehrb. d. Frauenkrankh. Leipzig 1886 p. 59) beobachtete ein Hämatom dieser Art, welches bei einer 20jährigen Wärterin, die vielfach schwere Kranke zu heben hatte, entstanden ist. Lawson Tait Diseases of women. II. edit. Birmingham 1886 p. 19) erzählt, dass er einst von einem Manne gerufen worden ist, der äußerst dadurch erschreckt war, dass er seiner Frau durch grobe Ungeschicklichkeit während des ersten Coitus der ersten Ehenacht einen großen Bluterguss in das subkutane Bindegewebe der Schamlippen verursachte. Möglich, dass die Größe der Geschwulst in unserem Fall wenigstens zum Theil von der Hyperämie der Genitalien durch den vorhergehenden Coitus abhängen konnte.

---

1) **Schweizer.** Über das Durchgehen von Bacillen durch die Nieren.

(Virchow's Archiv Bd. C. Hft. 2.)

S. bezweckt in seiner interessanten Arbeit, uns den Nachweis zu führen, ob eine Ausscheidung von Mikroorganismen durch die Nieren vorkommt und wie sie möglich ist. Dass specifische Krankheitserreger bei den Infektionskrankheiten der Thiere, wie Milzbrand, Rotz und Maulseuche unter gewissen Umständen auch im Harn erscheinen und ihn ansteckend machen, ist eine allgemein bekannte Thatsache. Weniger sichere Angaben lassen sich über die Infektiosität des Harns bei den Infektionskrankheiten der Menschen machen. Bakteriologische Untersuchungen sind nach dieser Richtung hin noch sehr wenige gemacht worden. Aus klinischer Erfahrung weiß man sicher, dass bei Scarlatina der Harn ansteckend ist; für Varicellen, Recurrens, Typhus und Malaria ist es als wahrscheinlich anzunehmen. Bei Typhus hat Gaffky in den Blutgefäßen der Niere die Bacillen nachweisen können. Die bei fast jeder Infektionskrankheit vorkommende, mehr oder weniger starke Veränderung in den Nieren wird auf die Einwirkung der durch die Mikroorganismen auf unerklärte Weise bereiteten chemischen Gifte bezogen. Es ist aber kei-

neswegs bewiesen, dass chemische Stoffe das schädliche Moment sind; es ist eben so gut denkbar, dass die betreffenden Bacillen in die Nieren gelangen und sie reizen. S. will alle sekundären Nierenentzündungen, wie sie bei Infektionskrankheiten, Diphtherie, Dysenterie, Scharlach, Parotitis epidemica vorkommen, als bacilläre ansehen. Um das Durchgehen von Bakterien durch die Nieren zu prüfen, kann man auf zweierlei Weise vorgehen. Einmal vermag man mit Hilfe des Mikroskopes die Mikroorganismen im Harn nachzuweisen, dann hat man den bequemeren und sicheren Nachweis der Bacillen durch Reinkulturen. Um für letztere Methode ein Bakterium zu haben, welches selbst in einer verunreinigten Kultur bald und mit Sicherheit erkannt werden und bei Wiederholungen von Versuchen immer dasselbe Resultat geben konnte, fand S. im pathologischen Institut in Würzburg für seine Versuchsreihen einen Bacillus, welchen Dr. Reimann aus Ozänaeiter gezüchtet hat. Dieses Stäbchen färbt in der Kultur Gelatine und Agar schon nach 24 Stunden intensiv grün. Die Kulturen dieses grünen Bacillus wurden in einer sterilisirten physiologischen Kochsalzlösung aufgeschwemmt und den Versuchsthieren direkt in die Blutbahn eingespritzt. Bei den ersten Versuchen galt es festzustellen, ob überhaupt Mikroorganismen durch die Niere durchgehen.

Die interessanten Versuche, welche an einem Hund, einem Kaninchen und an einer Katze vorgenommen wurden, die aber hier näher zu berichten zu weit führen würde, so dass auf das Original verwiesen werden muss, lieferten das gewünschte Resultat. Die Nieren sind für Bacillen durchlässig. Dabei erwies sich auch, dass die Bacillen nicht sofort durchgehen, wie wenn sie durch die Niere irgend wo freien Durchtritt hätten, sondern dass sie sich wohl an einem Orte mühsam durchschleichen müssen. Auch zeigte sich drittens, dass Anfangs nur vereinzelte, später massenhafte Bacillen im Harn auftreten. S. ging nun dazu über, durch Versuch eine Niere auf ihre Durchlässigkeit von Bacillen zu prüfen, die gerade im Stadium der beginnenden Hypertrophie war. Zu diesem Zweck exstirpirte S. dem Versuchsthier (Kaninchen) eine Niere, wartete 2 Tage und injicirte dann eine in sterilisirter physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmte Kultur des grünen Bacillus in die Carotis. Nach $2^1/_2$ Stunden starb das Thier plötzlich unter heftigen Krämpfen. Die Blase wurde sofort mit einem glühenden Messer angeschnitten, dem Harn eine Probe mit der Platinnadel entnommen und eine Kultur auf Agar-Agar angelegt. Am folgenden Tage ist dieselbe schön und rein angegangen. So hatten schon in ungefähr $2^1/_2$ Stunden in diesem Falle die Bacillen die Niere durchdrungen. S. glaubt dieses schnellere Erscheinen der Mikroorganismen im Harn auf Steigen des Sekretionsdruckes in der Niere, welche in den 2 Tagen schon Zeit gehabt hatte, die Kompensation zu übernehmen, beziehen zu können. Zu beweisen war nun, um die schnellere Abscheidung der Bacillen zu erklären, dass die Bacillen durch die Glomeruli der

Niere austreten können. S. machte eine Reihe von Versuchen mit Einspritzung körniger Farbstoffe (Karmin) in die Blutbahn, um den Ablagerungsort dieser feinen corpusculären Elemente in den Nieren zu studiren und fand bei der genauen Untersuchung von mehr als 40 mikroskopischen Schnitten immer dasselbe Resultat: In den Arterien und den Glomeruli fanden sich die feinen Farbstoffkörner; weniger massenhaft, aber doch auch in großer Zahl, lagen sie zwischen den Epithelien der Glomeruli und den Bowman'schen Kapseln. In allen Glomeruli waren sie nicht zu finden, aber doch in der Mehrzahl derselben. Während die Farbekörner in den Arterien und den Glomeruli zu Haufen geballt waren, lagen sie in den Kapseln draußen isolirt, jedes allein, was wohl nach S. der beste Beweis dafür ist, dass die Körner nicht durch das Messer, sondern in vivo durch den Filtrationsstrom hinaus aus den Gefäßschlingen gelangt waren. Nie aber wurde trotz eifrigen Suchens des Verf.s in oder zwischen den Epithelien der Harnkanälchen ein Karminkorn gefunden. Da diese Versuche mit Karminkörnchen den Einwand nicht ausschlossen, der Farbstoff sei in Lösung durch die Glomeruli gedrungen und außerhalb derselben körnig geworden, so suchte S. einen möglichst feinkörnigen, absolut unlöslichen Farbstoff und fand Baryumsulfat und Stibiumsulfat sehr geeignet. Die Stibiumsulfatkörner hatten einen Durchmesser von ungefähr 0,001—0,002 mm. In den mikroskopischen Schnitten der Niere waren bei den Versuchen in allen Glomeruli massenhafte Körner dieses Farbstoffes zu erkennen, aus den meisten waren auch schon einzelne hinausgetreten in den freien Raum zwischen Glomerulus und Kapsel. Einige Körnchen wurden auch schon im Lumen der Harnkanälchen gefunden, in oder zwischen den Epithelien derselben dagegen nicht ein einziges. Damit ist vom Verf. bewiesen, dass für feinkörnige Substanzen die Niere durchgängig ist und dass diese Substanzen mit Vorliebe, wenn nicht ausschließlich ihren Weg durch die Glomeruli nehmen. Wo feinste Farbstoffkörnchen ihren Ausgang finden, werden auch Kokken und kleinere Bacillen, jedenfalls Sporen derselben durch die Nieren durchtreten können. S. fand bei seinen mühevollen mikroskopischen Untersuchungen der Nieren von den Thieren, welche er zu seinen früheren Versuchen verwendet hatte, auf Bacillen das oben Gesagte in Allem bestätigt. Wenn er auch in ganz seltenen Fällen Bakterien zwischen den Epithelien der Harnkanälchen entdecken konnte, so vermochte er doch nicht, die Mikroorganismen zwischen den Epithelzellen der Glomeruli durchtreten und so in den freien Raum innerhalb der Kapseln gelangen zu sehen. Weitaus am häufigsten hat er die Mikroorganismen in den Glomeruli und in dem Raum zwischen diesen und den Bowman'schen Kapseln, dann ziemlich häufig in den Blutgefäßen und im Lumen der Anfangstheile der gewundenen Harnkanälchen, selten im perivasculären Bindegewebe gefunden. Nur ein einziges Mal konnte ein Bacillus mit Sicherheit zwischen zwei Epithelzellen der Tubuli contorti nachgewiesen werden. In den Zellen

selbst hat er nie trotz eifrigen Suchens einen Bacillus finden können. Eben so wenig ist es S. gelungen, was er hauptsächlich suchte, festzustellen, dass die Mikroorganismen zwischen den flachen Epithelzellen der Glomeruli hinaustreten. S. glaubt, dass solche exakte Untersuchungen durch das Härten der Präparate in Alkohol sehr beeinträchtigt werden. Zum Schluss seiner Arbeit vergleicht S. das, was andere Autoren für seine Arbeit Einschlägiges gefunden haben und knüpft den für die Praxis folgernden Satz an:

»Bei allen mikroparasitären Krankheiten, bei welchen Pilze im Blute vorhanden sind, soll man, wenn nicht bestimmte Indikationen dagegen sprechen, durch Verabreichung von größeren Flüssigkeitsmengen, eventuell sogar durch Diuretica, die Harnausscheidung zu heben suchen.«

Es würde sich vielleicht lohnen, etwa bei einer septischen Vergiftung den Versuch zu machen. **Heilbrun** (Kassel).

---

2) **J. Heitzmann.** Über einige Veränderungen des Epithels bei Endometritis.

(Wiener med. Jahrbücher 1885. December.)

Ausgehend von einer Mittheilung von Fischel über einige Veränderungen des Epithels beim chronischen Katarrh des Collum uteri hat Verf. das Verhalten des Epithels des Endometriums in dessen entzündlichen Affektionen untersucht. Zunächst fand er ein auffällig häufiges Vorkommen von »Becherzellen« im Sekrete sowohl des Collum, wie des Körpers beim Katarrh dieser Regionen. Die Epithelien werden zunächst plumper, nähern sich der kubischen Form. Dabei wird die Zelle blasser, durchsichtiger und sieht wie gequollen aus. Weiter erscheint dieselbe eckig und kantig, mit äußerst zarten Fortsätzen besetzt, welche vom deutlich sichtbaren Kern im Zellleib ausstrahlen. Der Flimmerbesatz fällt ab, an seiner Stelle zeigt sich eine rundliche Öffnung, durch welche ein Theil des Protoplasma der Zelle austritt, während der im Grunde der Zelle befindliche Antheil zurückbleibt. Man sieht solche Zellen in den verschiedensten Stadien der Umgestaltung, theils einzeln, theils in Kolonien. Die »Becherzellen« sind Stadien der Epithelien in der Degeneration. Der Vorgang erklärt das Auftreten massenhaften Sekretes in Fällen, in welchen die Drüsen selbst nahezu vollkommen intakt angetroffen werden.

Bei der Endometritis haemorrhagica findet sich eine andere, gleichfalls auf raschem Wachsthum bei krankhaft veränderten Ernährungsverhältnissen, beruhende Missstaltung der Epithelien. Das Charakteristische dabei ist ein exorbitantes Längenwachsthum, bis auf die dreifache Länge. Man findet diese Formen besonders häufig unmittelbar vor der Menstruation. Der Flimmerbesatz ist Anfangs noch erhalten, später fällt er theilweise ab. Am anderen Ende der Zelle, am »Fußtheil«, ist ein einfacher, oder doppelseitiger Fortsatz, oder ein leicht zackiger Rand sichtbar. Neben dem großen, gequol-

lenen Kern sind regelmäßig 1—5 dunklere, opake, nicht granulirte Klümpchen wahrnehmbar. Das Protoplasma ist grobkörnig. In späteren Stadien sieht man quere Linien die Zelle durchsetzen, so dass diese wie brüchig aussieht. Wahrscheinlich handelt es sich um eine fettige Metamorphose der Epithelzellen.

Bei der Endometritis decidualis tritt eine auffällige Größenzunahme der Epithelien auf, bis auf das Fünffache ihres Umfanges, mit zackigen Umrissen, wodurch sie vielgestaltig werden. Einige nähern sich der Form von Plattenepithelien, andere erinnern an die in der Degeneration begriffenen Decidua-Elemente. Vielfache Fortsätze verbinden sie unter einander und mit ihrer Unterlage. Ein deutliches Netzwerk durchzieht den Protoplasmaleib der Zelle, welches vom Kern ausstrahlt und in die äußeren Fortsätze hinein verfolgt werden kann. Auch der Kern ist zackig, wie angenagt, von einem leichten Halo umgeben. Ab und zu sieht man an den Zellen und Kernen Theilungserscheinungen.

Die an der Schleimhaut auch sonst wahrnehmbaren Veränderungen bekräftigen die Ansicht Küstner's, dass zurückgebliebene Deciduareste durch ihr Fortwuchern Anlass zur Endometritis decidualis, aber auch zur Bildung von Adenomen geben können.

Auch in einem Falle von Dysmenorrhoea membranacea fand sich eine ähnliche Veränderung des Epithels, so dass die Deutung einzelner bezüglicher Fälle als Erkrankung der Schleimhaut nach frühzeitigem Abortus gerechtfertigt erscheint. **Felsenreich** (Wien).

---

3) **A. Palmer Dudley** (New York). Die vaginale Hysterektomie in Amerika, nebst Bericht über zwei eigene Fälle.

(Separatabdruck aus: New York. med. journ. 1887. Juli 9 u. 16.)

Die Arbeit ist desswegen von höchstem Interesse für die Geschichte und Statistik der vaginalen Totalexstirpation des Uterus, weil sie wohl so ziemlich alle in den Vereinigten Staaten von Nordamerika bis jetzt ausgeführten Operationen umschließt: Verf. hat sich brieflich an die Operateure gewendet und auch die nicht veröffentlichten Fälle einbezogen.

Die erste Entfernung des malign entarteten Uterus per vaginam wurde hier zu Lande ausgeführt von Prof. Paul Eve von Augusta, Ga., am 16. April 1850; Heilung, Tod 3 Monate nach der Operation an Blutungen.

In langer Zeit wurden dann keine vaginalen Entfernungen vorgenommen, sondern lediglich solche per Laparotomiam, abgesehen von Exstirpationen des invertirten, nicht malign erkrankten Uterus und einer 1876 von E. Noeggerath wegen Carcinoma uteri unternommenen, aber nicht vollendeten Operation, wobei auch das Abdomen in der Linea alba eröffnet wurde.

Am 11. November 1878 wurde von Dr. Lane in San-Francisko die vaginale Totalexstirpation wegen Cervixcarcinom mit Erfolg aus-

geführt; der »Westen« hatte eine Zeit lang die Führung, von 1882 ab wandten sich auch Operateure im »Osten« mehr der Operation zu.

Im Ganzen (incl. 1886) werden 66 Fälle zusammengestellt, davon starben 23 Frauen; die restirenden 43 blieben nach glücklich überstandener Operation frei von Recidiven für Zeiträume von 3 Monaten bis zu 3 Jahren (so weit reicht die Beobachtung).

Die häufigste Indikation war Carcinom des Cervix mit Übergang in das Corpus uteri.

Bezüglich der Operationsmethodik wurde wenig Abweichung von der allgemein üblichen Norm angegeben; zwei Drittel der Operirenden bevorzugten Steinschnittlage, die übrigen Sims'sche Seitenlagerung. Während die vorangehende Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes eben so vielfach ausgeführt wurde, wie die des hinteren Fornix, ziehen bei Weitem die Meisten die Retroversion des Uterus vor zum Zwecke, denselben nach unten zu bringen; Unterbindung der breiten Bänder in Abschnitten, offene Wundbehandlung mit Jodoformgaze.

Die Operateure sind ziemlich einer Meinung bezüglich Indikation, nämlich Beschränkung auf Fälle von Carcinom des Cervix und Carcinom des Körpers, ohne Übergang in das periuterine Gewebe, bei bestehender Beweglichkeit des Organs.

Die ausführliche Mittheilung zweier eigenen Fälle beschließt die Arbeit: im ersten bestand ein Jahr nach der Operation kein Recidiv, der Tod trat ein in Folge von Laparotomie wegen Entero-Vaginalfistel; der zweite Fall endete letal 39 Stunden p. op. durch akute Nephritis.

Kreutzmann (San-Francisko).

---

4) **Bokelmann** (Berlin). Zum gegenwärtigen Stand der Antisepsis in der Geburtshilfe.

(Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 37.)

5) **Nöggerath** (Wiesbaden). Cervixrisse und Erkrankungen der Gebärmutter.

(Ibid. No. 41.)

6) **H. W. Freund** (Straßburg). Der heutige Stand der Frage betreffs Behandlung der Nachgeburtsperiode.

(Deutsche med. Wochenschrift 1887. No. 43.)

Alle 3 Arbeiten sind Wiedergaben der von den Verff. auf der vor- und der diesjährigen Naturforscherversammlung gehaltenen Vorträge. Sie finden sich daher bereits in den betreffenden Berichten über die Sitzungen der gynäkologischen Sektion (1886 No. 44, 1887 No. 49) referirt. Diese Notiz hat nur den Zweck, denjenigen, welche sich für die Vorträge interessiren, nachzuweisen, in welchen Zeitschriften dieselben im Original veröffentlicht worden sind.

Graefe (Halle a/S.).

---

7) **R. Burkart** (Bonn). Zur Behandlung der Hysterie und Neurasthenie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 45—47.)

B. hat bereits in Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge (No. 245) und in der Berliner klin. Wochenschrift (1886 No. 16) über besonders günstige Heilresultate berichtet, welche er bei der Behandlung hysterischer und neurasthenischer Kranken mit dem Weir-Mitchell'schen Heilverfahren erzielt hatte. Seit Veröffentlichung des letzten Aufsatzes hat er bereits wieder 43 Pat. nach derselben Methode behandelt. Die bei ihnen erreichten Heilresultate sind noch günstigere (72% gegen 57%) geworden, wie B. selbst angiebt, in Folge sorgfältigerer Auswahl der Pat. Denn nicht alle Fälle von Hysterie und Neurasthenie eignen sich für die Mitchell'sche Kur. Bei manchen wird durch sie nicht eine Besserung, sondern eine Verschlimmerung herbeigeführt. Sehr dankenswerth ist es daher, dass B. nicht nur über seine Erfolge, sondern auch seine Misserfolge berichtet.

Unter den 43 Pat. befanden sich 36 Personen weiblichen Geschlechtes. Sie alle litten an Hysterie; die 7 männlichen an Neurasthenie. B. theilt sämmtliche Krankheitsfälle bei der Besprechung in 10 Gruppen:

1) Hysterie. Neuralgie im Bereich der Bauch-Beckenhöhle (Visceral-, Ovarial-, Uterinneuralgie) 5 Krankheitsfälle; geheilt 3, nicht geheilt 2. B. sieht hierdurch seine frühere Erfahrung bestätigt, nach welcher Visceral- und Ovarialneuralgien, welche als Begleiterscheinungen schwerer Hysterie oder Neurasthenie auftreten, ein nur mäßig günstiges Objekt für die fragliche Kur abgeben. Er schließt die Bemerkung an, dass gerade bei diesen Fällen Recidive leicht und oft eintreten. Sehr beachtenswerth ist die Mittheilung, dass Kastration oder Hysterotomie hier augenblicklich glänzende Erfolge haben, welche aber nur vorübergehende sind. Bei B. meldeten sich nicht weniger als 4 zuvor Operirte; die Hysterie mit ihren Einzelsymptomen hatte sich in früherer Stärke wieder eingestellt.

2) Hysterie als Grundursache bestehender Dyspepsie. 2 Krankheitsfälle; beide geheilt.

3) Neurasthenie als Grundursache bestehender Dyspepsie; Neurasthenia gastrica. 3 Krankheitsfälle, davon 2 geheilt, nicht geheilt 1 (männlicher Kranker, dessen Leiden vor langer Zeit mit Ulcus ventriculi begonnen).

4) Hysterische Spinalirritation. Im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen neben der Hyperästhesie der Rückenwirbel, vorab Lähmungserscheinungen und Spasmen der Extremitäten und zwar meist der unteren. 6 Fälle. 4 geheilt, 2 nicht geheilt. Trotz dieses nicht ganz günstigen Erfolges hält B. gemäß seinen früheren Erfahrungen die hysterische Spinalirritation für ein sehr günstiges Objekt für die Mitchell'sche Behandlung.

5) Neurasthenia cerebro-spinalis hypochondrica. 4 Fälle; 3 geheilt, 1 nicht geheilt. B. macht hier auf die große Schwierigkeit aufmerksam, welche durch die Nothwendigkeit der unter geschickter Führung eines intelligenten Pflegers durchgeführten Isolirung männlicher Kranker erwächst. Geeignete Pfleger sind weit schwerer zu finden, als geeignete Pflegerinnen.

6) Hysterie; komplicirt mit besonderen Erregungszuständen der Psyche. 3 Fälle, keiner geheilt. Schon B.'s frühere Behandlungsversuche bei derartigen Kranken waren erfolglos geblieben. Auch bei den jetzigen musste die Kur wegen eklatanter Steigerung der psychischen Erregungszustände in der 2. oder 3. Behandlungswoche abgebrochen werden.

7) Hysterie; hysterische Krampfformen, Ohnmachtszustände, Anfälle von Lach-, Wein- und Schreikrämpfen, allgemeine Muskelzuckungen. 7 Fälle, geheilt 5, nicht geheilt 2.

8) Hysterie mit den Erscheinungen von hochgradigem Kopfdruck, Migräneanfällen, Neuralgien bestimmter Kopfnerven komplicirt mit gleichzeitig bestehender hochgradiger Anämie. 8 Fälle. 7 geheilt, 1 nicht geheilt.

9) Hysterie in Verbindung mit hochgradiger Anämie und Amenorrhoe. 4 Krankheitsfälle; alle geheilt.

10) Hysterie in Folge anderweitiger schwerer Erschöpfungskrankheiten. 1 Fall, die Hysterie geheilt, der ursächliche chronische Gelenkrheumatismus gebessert.

Trotz der einzelnen Misserfolge sind B.'s Resultate im Ganzen doch als sehr günstige zu bezeichnen. Über die Dauer resp. Endgültigkeit der erzielten Heilungen giebt er sich keinen Illusionen hin. Mit Recht betont er, dass auf eine solche nur dann zu rechnen sei, wenn die Pat. den äußeren und inneren Einflüssen, welche das Leiden bei ihnen zur Entwicklung und zum Ausbruch gebracht haben, völlig entzogen bleiben.

Der Schluss der interessanten Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, in welcher Weise die verschiedenen Organe und Gewebe an der staunenswerthen Zunahme des Körpergewichtes (bis 20 Kilo in 9 Wochen) betheiligt sind. Um ihrer Entscheidung näher zu treten, ließ B. bei einer Pat. den im Harn ausgeschiedenen Stickstoff, eben denselben in den Darmentleerungen (durch Dr. Bleibtreu), ferner die zugeführte Nahrungsmenge und Nahrungsqualität genau bestimmen. Aus den angestellten Stoffwechseluntersuchungen ging hervor, dass bei der Versuchskranken, durch die Weir-Mitchell'sche Kur bedingt, eine Körpergewichtszunahme zu Stande kam, welche zum großen Theil auf eine Vermehrung des Eiweißgewebes bezogen werden musste. Der Neuansatz von Fett spielte in diesem Fall wenigstens keine bedeutendere Rolle, als wie die Neubildung von Eiweißgewebe.

Graefe (Halle a/S.).

Kasuistik.

8) Verhandlungen der geburtshilflichen Gesellschaft in New York.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Januar bis April.)

Sitzung am 16. November 1886.

Coe zeigt einen Stift vor, welcher 3 Monate in situ gelegen und seit einiger Zeit Entzündungserscheinungen verursacht hatte. Er ist der Ansicht, dass mittels Hodge dasselbe Resultat gefahrloser zu erreichen wäre.

Dawson legt ein Harnreceptaculum vor, welches bei alten Frauen, welche an Blasenscheidenfisteln leiden und die Operation verweigern, angewandt werden soll.

Wylie demonstrirt eine Anzahl verschiedener Glasdrains, welche in England in Gebrauch sind.

Gill Wylie berichtet über Bauchhernie nach Laparotomie. Unter 67 Bauchschnitten, welche er im vergangenen Jahre ausgeführt, waren 8 wegen Bauchhernien bei 6 Frauen, 2mal musste die Operation wiederholt werden. In 5 unter den 6 Fällen war die Ursache der Hernie die Laparotomie; in allen diesen Fällen war Drainage angewandt worden. Die Operation macht er in der Weise, dass er nach Eröffnung des Sackes das Omentum oder den Darm entblößt und in die Bauchhöhle zurückbringt, das Peritoneum und die tiefe Fascie sorgfältig abpräparirt, das überflüssige Bauchfell und die Haut wegschneidet. Die Nähte werden doppelt gelegt, tiefe und solche, welche die tiefe Fascie möglichst breit vereinigen, unter Umständen legt er noch eine fortlaufende Naht durch letztere, ehe er die tiefen Nähte zusammenknüpft. Diese Methode scheint ihm den Vorzug zu verdienen vor der von Hegar empfohlenen Simon'schen, da diese nur eine Hautbrücke über die Hernie lege, welche unmöglich auf die Dauer dem Druck widerstehen könne.

In der Diskussion wird bemerkt, dass die Hernien möglichst frühzeitig operirt werden sollten.

Sitzung am 7. December 1886.

Nilsen zeigt eine Milz von 2 Pfund Gewicht vor, welche er bei einer Frau entfernt hatte, die über heftige Schmerzen, Anorexie, schlechte Verdauung klagte. Im Blut zeigte sich keine Vermehrung der weißen Blutkörperchen. Der Stiel war 10 Zoll lang und enthielt mächtig entwickelte Gefäße, die Arterie war bleistiftdick, die Vene glich einer Darmschlinge des Dünndarmes. Der Stiel wurde in gewöhnlicher Weise behandelt. Die Heilung verlief ohne Zwischenfall.

Wylie berichtet über die günstige Wirkung von Irrigation der Bauchhöhle mittels heißem Wasser in einem Fall von Collaps bei Laparotomie. Es handelte sich um ein Sarkom des Beckens, die starke Blutung aus tief gelegenen Gefäßen konnte nicht rasch gestillt werden. Die Kranke kollabirte, zeigte einen schnellen, schwachen Puls und war mit kaltem Schweiß bedeckt. Eine große Menge heißen Wassers von über 40° wurde in die Bauchhöhle eingegossen. Die Wirkung war eine überraschende, die Frau erholte sich rasch, die Blutung stand.

Mundé theilt einen Fall von extra-uteriner Schwangerschaft mit, in welchem der Tod durch Ruptur des Sackes erfolgte. Der Sack war fest mit dem Douglas verwachsen. Es handelte sich nicht um eine wirkliche Ruptur, sondern nur um einen Einriss im Bauchfell, welcher die hintere Oberfläche bedeckte, aus welcher die starke Blutung von über 1 Quart Blut erfolgt war. Die Frau wurde mehrere Tage im Krankenhaus beobachtet, die Diagnose gestellt, die Laparotomie jedoch noch aufgeschoben, da die Gefahr nicht für dringend erachtet wurde.

Weiter zeigt Mundé das Präparat einer doppelseitigen Pyosalpinx mit Abscess in dem einen Eierstock, welches durch Laparotomie entfernt war und ferner einer Hämatosalpinx von der Größe einer Kokosnuss. Der Sack barst während der Operation. Der Inhalt entleerte sich in die Bauchhöhle. Dieselbe wurde mit heißem Wasser ausgewaschen. Heilung normal.

H. C. Coe spricht über die Frage, ob alte Adhäsionen im Becken durch andauernden Druck von der Scheide aus gedehnt werden können. Sein interessanter

Vortrag basirt auf Beobachtungen an der Leiche. Wenn C. die Scheide in den verschiedensten Fällen, wo alte Adhäsionen bestanden, lege artis mit Watte vollpakte, in einer Weise, wie es beim Lebenden schwer möglich ist, so wölbte sich dieselbe stark nach oben, der ganze Uterus erhob sich ebenfalls. Die Narbenstränge jedoch, die alten Adhäsionen zeigten sich durchaus unberührt. Selbst die feinen Lymphfäden, welche Darmschlingen mit der hinteren Wand der Gebärmutter verbanden, wurden nicht gedehnt, viel weniger durchtrennt. Durch den Druck von innen wird im besten Falle der Uterus in toto auf eine höhere Ebene emporgehoben.

Sitzung am 21. December 1886.

Wylie berichtet über einen Fall von Beckenabscess komplicirt mit Cystofibrom des Uterus, bei welchem er die Laparotomie vornahm, um die Uterusanhänge zu entfernen. Bei der Operation fand sich, dass auf der linken Seite des Uterus ein großer Abscess bestand, offenbar von der Tube ausgehend. W. verzichtete, da ihm die Hysterektomie unter diesen Verhältnissen zu gefährlich erschien, auf Vollendung der Operation.

Mundé berichtet über einen Fall von Schwangerschaft in einem Horn eines Uterus bicornis. Es waren wiederholt Aborte vorausgegangen, auch diesmal erfolgte ein solcher im 6. Monat. Die Placenta ließ sich nicht ausdrücken. Beim Eingehen mit der Hand gelangte dieselbe in eine leere, etwa 3 Zoll lange Tasche, daneben, durch eine Scheidewand getrennt, befand sich eine bedeutend größere, in welcher die Placenta lag.

In der Diskussion, welche über den Vortrag Coe's in der letzten Sitzung über den Nutzen der Dehnung bei alten Adhäsionen heute eröffnet wird, sprechen sich Morrill, Hauks unter Anführung von Beispielen aus ihrer Praxis für den Nutzen der Behandlung aus, während Janvrin und Mundé den Nutzen nicht ganz leugnen wollen, denselben jedoch allein auf das Höherlagern des Uterus zurückführen. Adhäsionen auszudehnen halten auch sie für nicht möglich.

Sitzung am 4. Januar 1887.

Hauks zeigte ein cystisch degenerirtes Ovarium, dass er wegen nervöser Beschwerden bei einer 40jährigen Frau exstirpirt hatte und wirft die Frage auf: Wie lange wird ein solch degenerirtes Ovarium stationär bleiben, oder ist es wahrscheinlich, dass es sich zur größeren Cyste entwickelt? Die Meinung der Anwesenden spricht sich dahin aus, dass es unmöglich sei, darüber ein bestimmtes Urtheil abzugeben.

Coe zeigte einen festen Tumor des Eierstockes, von Thomas entfernt. Die Frau, welche an Peritonitis zu Grunde ging, zeigte starken Ascites und Anasarka der unteren Extremitäten, deren Ursprung dunkel war. Bei der Sektion zeigte es sich, dass die linke Niere zu einer festen harten Masse zusammengeschrumpft, direkt auf der Vena cava inferior lag und dieselbe theilweise komprimirte.

Sitzung am 18. Januar 1887.

Freeman spricht über die Behandlung der Uterusmyome mit Elektrolysis. Er theilt einen Fall mit, in welchem sich das Myom bei einer 58jährigen Frau nach der Klimax entwickelt hatte, rasch gewachsen war und hochgradige Beschwerden verursacht hatte, so dass die Kranke große Dosen Morphium nehmen musste und durch andauernde Dyspepsie und Diarrhoe sehr geschwächt wurde. Als F. die Kranke sah, konnte sie nicht aufrecht sitzen, die unteren Extremitäten waren stark angeschwollen, die Blase stark ausgedehnt, es bestand Inkontinenz. Am 20. September wurde in der Narkose der positive Pol mittels Platinsonde in den Uterus eingeführt, der negative mittels Stahlnadel durch das hintere Scheidengewölbe in die Geschwulst eingestochen. Stromstärke 18 Zinkkohlenelemente. Dauer 20 Minuten. Es erfolgt keine Reaktion, Pat. schien sich zu erholen; am 1. Oktober wurde die Applikation wiederholt mit 30 Elementen. Alle Erscheinungen besserten sich mit Ausnahme der Diarrhoe, welche andauerte und die Kranke derart schwächte, dass sie am 2. November starb. Die Sektion zeigt, dass die Geschwulst an der Stelle, wo die Nadel eingeführt war, erweicht war, während sie Anfangs steinhart war. Man beobachtet diese Erscheinung regelmäßig bei Anwendung der Elektrolyse,

dass die Nadel bei wiederholter Einführung leichter eingeht und die Spitze sich frei in dem Tumor bewegen lässt.

T. A. Emmet äußert sich dahin, dass in den Fällen, in welchen Elektricität hinreichend stark angewandt werde, um Erweichung zu bedingen, sie auch gewöhnlich den Tod der Kranken verursache.

Freeman verwahrt sich dagegen, seine Resultate seien günstig; bei einer großen Geschwulst, welche er vor 2 Jahren behandelte, hätten 4 Sitzungen genügt zu starker Verkleinerung. Dergleichen Fälle seien häufig.

T. A. Emmet hat selbst nie einen erfolgreichen Fall gesehen, wenn der Strom stark genug war, die Geschwulst zu beeinflussen, so trat gewöhnlich Peritonitis auf, welche oft schlimm endete.

Sims kann von einem günstigen Fall berichten, während Wylie und Byrm sich sehr skeptisch aussprechen.

Sitzung am 1. Februar 1887.

Polk und Hauks legen von ihnen neu konstruirte Instrumente vor. Polk berichtet sodann über einen Fall von Splenektomie. Die Operation wurde unter dem Eindruck unternommen, dass es sich um eine Pyosalpinx oder Beckenabscess handelte. Die doppelt vergrößerte Milz lag dicht hinter dem Uteruskörper und konnte durch das Scheidengewölbe leicht gefühlt werden. Die Entfernung gelang sehr leicht. Rasche Heilung.

Mundé wirft die Frage auf, ob es erlaubt wäre, in Fällen von Leukämie, wenn die Milz stark vergrößert sei und leicht beweglich, die Exstirpation zu wagen.

Chambers spricht sich bejahend aus.

Fowler wundert sich, dass die Entfernung der Milz beim Menschen ohne Schaden möglich sei, Hunde stürben regelmäßig nach der Operation.

Nilsen berichtet über die Kranke, welche er vor einiger Zeit operirt hatte, dieselbe ist frisch und blühend, nur sehr viel reizbarer als vor der Operation.

Coe glaubt, dass die Entfernung der Milz nur dann nicht schlimme Folgen habe, wenn dieselbe wie bei allen bisherigen Fällen dislocirt sei und in Folge dessen in ihren Funktionen beeinträchtigt.

Sitzung am 15. Februar 1887.

E. H. Grandin spricht über den Werth der Elektricität in der Behandlung gewisser Frauenerkrankungen. G. hat die Elektricität rein empirisch angewandt, ohne zu wissen warum und wie der Strom wirkt, zufrieden mit dem Erfolg. Seine Hauptregeln waren, nie den Strom anzuwenden, wenn akute Entzündungen bestanden; wollte er reizend einwirken den faradischen, absorbirend oder beruhigend den konstanten Strom.

Sehr wirksam hat er die Methode gefunden in Fällen von Amenorrhoe, Subinvolution, Endometritis catarrhalis, Oophoritis und Oophoralgia, besonders aber empfiehlt er dieselbe bei chronischer Parametritis mit alten Adhäsionen und Ausschwitzungen. In der Geburtshilfe hat ihm der schwache faradische Strom bei Inversio uteri oft gute Dienste gethan.

In der Debatte sprechen sich sämmtliche Redner zu Gunsten der ausgedehnteren Anwendung der Elektricität in Geburtshilfe und Gynäkologie aus, wenn auch theilweise weniger enthusiastisch als Grandin. Von Harrison, Mundé und Hauks wird untern andern auch der Werth der Elektricität bei post partum-Blutungen betont. See macht auf die Wirksamkeit derselben bei Schmerzen, wie sie manchmal nach Laparotomie zurückbleiben, aufmerksam.

Harrison berichtet über 2 Fälle von extra-uteriner Schwangerschaft, welche erfolgreich mit Elektricität behandelt wurden. Der erste Fall betraf eine 27jährige Frau, welche 2mal zur richtigen Zeit geboren hatte. Sie befand sich im 3. Monat der Schwangerschaft. Nach 2maliger Applikation des konstanten Stromes verschwanden die Erscheinungen und es trat vollständiges Wohlbefinden ein. Aus Vorsicht wurde der Strom noch 3mal applicirt, doch ist H. der Ansicht, dass die Frucht durch die zweite Applikation getödtet wurde. In dem 2. Fall war die 31jährige Frau, welche 1mal geboren hatte, im 3. Monat schwanger. Behufs Ab-

treibung der Frucht suchte sie einen Gynäkologen auf, verheimlichte demselben ihren Zustand in der Hoffnung, dass derselbe die Sonde einführen würde. Dies geschah auch, es erfolgte leichte Blutung, dann Schmerzhaftigkeit, welche die Frau veranlasste, H. aufzusuchen. Derselbe konstatirte eine Geschwulst seitlich der Gebärmutter, welche er für ein perimetrisches Exsudat ansah, um so mehr, als leichtes Fieber bestand. Genauere Untersuchung zeigte einen prallen, elastischen, weichen, beweglichen Tumor, welcher leicht empfindlich war. Eine Tubenschwangerschaft wird diagnosticirt und der konstante Strom mit Erfolg angewandt.

See macht darauf aufmerksam, dass es sicherer sei, den einen Pol in den Mastdarm, anstatt wie gewöhnlich in die Scheide einzuführen und führt einen einschläglichen Fall an.

Mundé erwähnt einen Fall, wo er den konstanten Strom, unterbrochen vom Rectum aus in der Stärke von 24 Elementen angewandt hatte. Der Fötus sei getödtet worden, die Frau aber derart kollabirt, dass sie nur mit Mühe gerettet werden konnte. **Engelmann** (Kreuznach).

9) **Rokitansky** (Wien). Zur operativen Behandlung des Prolapsus uteri et vaginae.

(Internat. klin. Rundschau 1887. No. 41.)

Seit Jahren behandelt R. alle Fälle des im Titel genannten Leidens nur mittels Kolporrhaphie oder Perineokolporrhaphie, und hat dabei ausnahmslos und in kürzester Zeit eine bedeutende Verkürzung des Uterus beobachtet, die in jahrelang kontrollirten Fällen anhielt.

Durch amerikanische Kollegen aufmerksam gemacht, hat nun R. in einer ansehnlichen Reihe von Fällen von Prolapsus vaginae eine Hypertrophia cervicis die Länge des Uterus bei bestehendem Prolaps nur dann gleich nach vorgenommener Reposition gemessen, und dabei das überraschende Resultat bekommen, dass sich jedes Mal der Uterus sofort um 3—5 cm kürzer zeigte.

Verf. ist durch diese Beobachtung um so mehr von der Richtigkeit seiner Behandlungsmethode des im Titel genannten Leidens überzeugt.

v. Buschmann (Wien).

10) **Graefe** (Halle). Ein Fall von Lipoma (subserosum) labii majoris.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 1.)

37jährige Nullipara bemerkt seit 10 Jahren eine ca. walnussgroße Anschwellung des linken Labium majus; erst in den letzten Monaten ist dieselbe sehr schnell gewachsen und hindert durch ihre Größe Pat. am Arbeiten. Dysmenorrhoische Beschwerden, die früher bestanden, wurden stärker. Pat. konnte in der ersten Zeit des Bestehens den vermeintlichen Bruch noch theilweise reponiren.

Die Untersuchung ergab einen über mannskopfgroßen, knolligen, theils mehr elastischen, theils festen Tumor, der sich, ohne einen eigentlichen Stiel zu bilden, nach oben hin in die linke große Labie fortsetzte. Die Diagnose schwankte zwischen einer vom Labium major. sin. ausgegangenen Neubildung und einer Hernia labii majoris, deren Inhalt aus lipomatös entarteten Netzknollen bestand.

Die Operation ergab, dass es sich um ein subserös entwickeltes, nach dem Labium majus hin gewachsenes Lipom handelte, welches von dem subserösen Fettgewebe zwischen Vagina und absteigendem Schambeinast seinen Ursprung genommen hatte. Resektion der Hautlappen; Drainage der Hauttasche. Die Heilung wurde durch eine Thrombose des rechten Unterschenkels gestört, welche die Genesung etwas hinausgeschoben hatte. **Menzel** (Görlitz).

11) **Wehmer.** Beitrag zur Myomotomie und Kastration bei Fibromen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 1.)

Verf. fügt den Zusammenstellungen über Myomoperationen von Hofmeier, Gusserow und Dirner eine Serie von Myomfällen zu, welche von Kaltenbach beobachtet und operirt wurden; die ersten 10 Fälle sind bereits früher schon veröffentlicht und werden nur der Vollständigkeit wegen in das Beobachtungsmaterial einbezogen, welches 30 Operationen (3 Myomotomien und 27 supravaginale Amputationen) umfasst.

Unter den Operirten befanden sich 18 Virgines; 5 Pat. waren steril verheirathet, die übrigen hatten ein- oder mehrere Male geboren. Das Lebensalter bewegte sich bei den Kranken zwischen 29 und 54 Jahren; auffallend ist die Häufigkeit verhältnismäßig hoher Altersstufen unter den betreffenden Fällen; 2mal wurde bei bestehender Gravidität operirt.

Wenn möglich, wurden beide Ovarien mit dem Tumor zugleich entfernt; nur 2mal mussten beide Organe wegen Verwachsungen, in einem 3. Falle das eine Organ aus demselben Grunde zurückgelassen werden, welch letzteres zu heftigen dysmenorrhoischen Beschwerden Veranlassung gab. Bei den größeren Myomen waren auffallenderweise die Ovarien ebenfalls sehr häufig pathologisch verändert, entweder einfach vergrößert, oder kleincystisch degenerirt; diese Veränderungen erstreckten sich auch gleichzeitig auf die Tuben, die häufig von Sekret ausgedehnt, oder zu Tubensäcken vergrößert gefunden wurden.

Die 27 supravaginalen Amputationen wurden in 5 Fällen nach dem Vorgange Schröder's intraperitoneal, die übrigen 22 extraperitoneal nach den Angaben Hegar's behandelt. Während bei den ersten 4 Operationen Chlor, später Karbolsäure zur Desinfektion angewendet wurde, ging man vom 16. Falle an ausschließlich zum Sublimat über.

Ausgebreitete, feste Adhäsionen, nicht selten schwere Blutungen und Anreißung der Harnblase (1 Fall, geheilt) bildeten die unangenehmen Ereignisse bei der Operation.

Die Nachbehandlung wurde 3mal durch leichte Jodoform-, 1mal durch leichte Sublimatintoxikation gestört; Lungenembolien kamen 4mal, Herzschwäche 1mal und Venenthrombose 3mal zur Beobachtung.

In dem späteren Befinden wurden nur 4mal ($13^{1}/_{3}$%) Bauchhernien notirt, von den Pat. wurden 3 extraperitoneal und 1 intraperitoneal behandelt; bei 3 Fällen gaben äußere Verhältnisse oder Vernachlässigung die Ursache hierzu ab.

Die 27 supravaginalen Amputationen ergaben bei extraperitonealer Stielbehandlung 1 Todesfall (4,5% Mortalität); bei intraperitonealer 3 Todesfälle (60% Mortalität). Unter den letzten 3 Todesfällen beruhte der eine sicher auf primärer Infektion bei der Operation und fällt demnach der Methode nicht zur Last; die anderen 2 aber entstanden durch sekundäre Infektion von dem versenkten Stiel aus. Der einzige Todesfall bei extraperitonealer Methode betraf den 8. von Kaltenbach nach Péan'scher Methode operirten Fall; seitdem K. nach Hegar operirt, ist ihm kein Todesfall trotz der komplicirtesten und gar nicht ausgewählten Fälle mehr vorgekommen.

Zum Schluss wird über 10 Kastrationen, die Kaltenbach in Gießen ausführte, berichtet, von denen ein Fall tödlich verlief in Folge von Embolie der Pulmonalarterie, nachdem wochenlang vorher Thrombosen der Schenkelvene vorangegangen waren.

8mal cessirten die Blutungen sofort, im 9. Fall erst nach $^{3}/_{4}$ Jahren. Hier war unvollkommen operirt worden, da auf der einen Seite nur die Tube und nicht das gleichseitige, in Schwielen eingebettete Ovarium entfernt werden konnte.

5mal trat sofort nach der Operation fortschreitende, regelmäßige Schrumpfung ein im Laufe von $^{1}/_{2}$—1 Jahre; in einem Falle wurde gar keine Verkleinerung beobachtet; die übrigen Fälle sind noch zu kurz beobachtet; in einem Falle wurde der Verlauf durch ein parametranes Exsudat gestört.

Die Indikationen für Kastration gegenüber der Myomotomie gaben die Größe der Geschwulst und die Zugänglichkeit der Ovarien ab; alle Fälle von interstitiellem Myom von der Größe bis zur Nabelhöhe wurden der Kastration überwiesen, während die subserösen Formen mit unregelmäßiger, höckeriger Oberfläche, so wie bei dem Ausgange der Tumoren vom Fundus uteri die Ovarien sehr schwer zugänglich machten, so dass man sich lieber zur Myomotomie entschloss.

Menzel (Görlitz).

12) **Sticker. Pseudohermaphroditismus externus masculinus beim Rinde.**

(Vortrag auf der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.)

Nachdem Verf. Eingangs einen gedrängten Überblick über die gesammte Zwitterlehre gegeben, geht er zur Schilderung des betreffenden Präparates über.

Dasselbe entstammt einem Rinde, dessen Kopf, Rücken und Hintertheil den Bau eines Bullen, dessen Hals, Beine und Brustkasten den weiblichen Typus zeigten. Euter gut entwickelt; äußere Schamtheile, so weit sie sichtbar, weiblich; Urinentleerung nach hinten.

Aus dem unteren Winkel des Genitalspaltes ragt ein verkürztes und verkrümmt gebliebenes Geschlechtsglied hervor, welches mit zwei, aus kavernösem Gewebe bestehenden und vom Sitzbein jederseits entspringenden Ruthenschenkeln in Verbindung steht; seine Spitze ist mit einer Vorhaut umgeben und an der unteren Fläche des Spitzenabschnittes verläuft die dort offen gebliebene Harnröhrenrinne (Hypospadie). Diese Rinne führt weiter, blasenwärts verfolgt, im Innern des korkzieherartig gewundenen Geschlechtsgliedes in ein geschlossenes Schleimhautrohr, und durch dasselbe in die Blase.

Jederseits im äußeren Leistenring trifft man die Hoden und Nebenhoden, welche sich mikroskopisch als solche deutlich zu erkennen geben (Kryptorchismus). Eben so sind die Samenblasen, Samenleiter und die Prostata deutlich nachzuweisen.

Ein weiblicher Euter wird durch eine Anhäufung subkutanen Fettgewebes vorgetäuscht, ohne dass Drüsengewebe mikroskopisch nachgewiesen werden konnte.

Der Fall ist in so fern bemerkenswerth, als er der erste in der Thierheilkunde ist, bei welchem eine histologische Untersuchung der Keimdrüsen stattfand, welche allein für die wissenschaftliche Verwerthung desselben Werth hat.

Menzel (Görlitz).

13) **Cohn.** Zur Kasuistik der Amenorrhoe bei Diabetes mellitus und insipidus.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 1.)

1) 21jährige Virgo; vom 15. Jahre regelmäßig menstruirt bis vor fast 2 Jahren; seit 3 Jahren besteht Diabetes mellitus, von Frerichs diagnosticirt. Uterus retrovertirt, beweglich, klein und atrophirt, 5 cm; Ovarien nicht gefühlt.

2) 36jährige Frau; 5mal geboren, zuletzt vor 7 Jahren; unregelmäßige Menstruation, welche seit ca. $2^1/_2$ Jahren ganz schwach und wässrig auftraten; im Urin reichlich Zucker.

3) 42jährige Frau; 5 Geburten und 1 Abort: seit Monaten Cessatio mensium. Uterus klein, beweglich, retrovertirt, atrophisch; Ovarien klein. Im Urin Zucker.

4) 36jährige Frau; 2 normale Geburten; im Januar 1885 Operation einer jedenfalls luetischen Mastdarmstriktur mit nachfolgender Jodkalibehandlung; seit Monaten Menses ausgeblieben; Pat. hält sich für gravid; Uterus klein, atrophisch, knapp 5 cm, Ovarien nicht zu fühlen; die Pat. leidet an ausgeprägtem Diabetes insipidus, der vielleicht auf die frühere Lues zurückzubeziehen ist.

Eine Erklärung für die Amenorrhoe, welche bei männlichen Kranken mit der Impotenz verglichen werden muss, weiß C. nicht zu geben; jedenfalls ist sie auf Rechnung der durch den Diabetes bedingten allgemeinen Ernährungsstörung, analog wie bei der Phthise zu setzen.

Interessant ist, dass auch bei Diabetes insipidus Amenorrhoe eintritt, jedenfalls aus demselben Grunde, wie beim mellitus. **Menzel** (Görlitz).

14) **Hanks.** Verbesserung des Erich'schen sich selbst festhaltenden Speculums.

(Med. record 1887. August 10. p. 228.)

H. hat an dem Erich'schen Speculum noch einige Verbesserungen angebracht, welche ohne Abbildung schwer verständlich sein würden und den Zweck haben, die Aufgabe, sich selbst in loco zu halten, noch ferner zu sichern. Es ist von Tiemann & Co. in New York angefertigt. **Lühe** (Demmin).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 10. Sonnabend, den 10. März. 1888.

Ein inkompletes Uterovaginalseptum als ein prädisponirendes Moment zu einer Konception.

Von

Dr. J. Keda in Fukuoka (Japan).

Zunächst erlaube ich mir, unsere hochverehrten Herren Leser mit meiner Pat. bekannt zu machen und will dann auf das Septum und dessen Bedeutung genauer eingehen.

Es handelte sich um eine anämische, zart gebaute, 32jährige Kaufmannsfrau, die von ihrer Kindheit an sehr schwächlich war. Sie menstruirt seit ihrem 15. Lebensjahr, zwar sehr spärlich, aber ohne besondere Beschwerden; sie verheirathete sich in ihrem 18. Jahre und bekam ihr erstes Kind im darauffolgenden Jahre, zweites Kind im 20. Jahre, drittes Kind im 22. Jahre. Dann machte sie eine Reise von ca. 760 Meilen immer fort mit einem schlechten Wagen, wo der Weg in einem schrecklichen Zustand war. Von dieser Reise zurückgekehrt, litt sie ein paar Jahre lang an Fluor albus und häufigen Metrorrhagien. Im 26. Jahre bekam sie ihr viertes, im 27. Jahre ihr fünftes, im 28. Jahre ihr sechstes, im 29. Jahre ihr siebentes, im 30. Jahre ihr achtes, im 31. Jahre ihr neuntes, im 32. Jahre ihr zehntes Kind. Bald nach dieser zehnten Niederkunft bekam die Frau eine puerperale Endometritis und kam in meine Abtheilung zur Behandlung.

Bei der inneren Untersuchung fand ich eine 2 mm hohe, resp. breite, etwa 5 cm lange, nach oben und links der Pat. sehende Falte, die von der Mitte der hinteren Vaginalwand direkt zum äußeren Muttermund und zwar zur hinteren Lippe desselben hinüberzog. Die Falte setzte sich nicht in die Uterushöhle fort, ich habe den Cervicalkanal durch einen Pressschwamm ausgiebig dilatirt und palpirt,

aber es war keine Spur von der beschriebenen Falte darin nachzuweisen. Dann hatte sie noch einen eitrigen Ausfluss aus dem Uterus und eine ringförmige papilläre Erosion am äußeren Muttermund.

Bekanntlich bekommen die japanischen Frauen sehr wenig Kinder. Nach meiner Statistik (über 1500 Fälle) bekommen sie durchschnittlich 1—4 Kinder, darüber sehr wenig, was bei meiner Pat. sehr auffällig sein wird. Selbstverständlich gab es auch Ausnahmen, wo die Frauen über 10 Kinder geboren haben. Der Ehemann der Pat. ist sehr schwächlich konstruirt und dazu kommt noch hinzu, dass die Pat. selber auch sehr schwächlich ist und dennoch bekommt sie jedes Jahr je ein Kind. In einem solchen Zustand, wie bei meiner Pat., so viel Kinder zu erzeugen, kommt bei uns wenigstens nicht so häufig vor. Nach meiner Meinung muss irgend ein Moment dazu beitragen, welches die Spermatozoen leichter in die Uterushöhle gelangen lässt und so die Befruchtung erleichtert. Hier in meinem Falle muss jene Falte irgend eine Rolle mit dabei spielen, ich glaube, sie dient so zu sagen als eine Leiter, oder noch besser als eine Brücke für Spermatozoen. Es ist mir ganz gleich, ob die Spermatozoen durch Aspiration oder Lokomotion oder auf andere Weise in den Uterus gelangen, jedenfalls muss eine solche Falte das Fortschreiten der Spermatozoen in hohem Grade erleichtern.

Ich habe Ähnliches noch nicht beobachtet und eben so wenig gab die mir zu Gebote stehende Litteratur über einen solchen Fall irgend welchen Aufschluss darüber. Der Grund, wesshalb ich diese Beobachtung schon jetzt veröffentliche, anstatt nach Jahr und Tag noch mehr Beobachtungen zu sammeln, liegt darin, dass ein solcher Fall eben hier selten ist und wenn es auch einmal vorkommen sollte, sehr selten publicirt wird.

---

1) **Casimir Zmigrodzki.** Beiträge zur Lehre von der Extra-uterin-Schwangerschaft.

Petersburg, 1886. (Russisch.)

Die Monographie des Herrn Prof. Werth, welche in No. 42 des Centralblattes für Gynäkologie referirt worden, ist größtentheils eine pathologisch-anatomische Studie, die gewissermaßen meine oben genannte klinische Arbeit ergänzt. Dieses und der Umstand, dass meine Dissertation, wenn auch schon im Jahre 1886 erschienen, doch der Sprache zufolge, in welcher dieselbe abgefasst, von der deutschen medicinischen Presse unbeachtet geblieben ist, veranlasst mich, in Kürze die Resultate meiner Studien zu referiren.

Im Anschlusse an drei Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft, die auf der Klinik von Prof. Slawiansky in St. Petersburg beobachtet worden sind, und von denen 2 unter dem klinischen Bilde von Hämatocele durch spontane Heilung, der dritte aber — eine ausgetragene Tubenschwangerschaft — nach dem Tode der Frucht durch eine von Prof. Slawiansky mit bestem Erfolge ausgeführte Laparotomie geendigt, habe ich mir zur Aufgabe gemacht, die neuere

Litteratur der Extra-uterin-Schwangerschaft auf allgemeinere statistische Schlüsse hin zu bearbeiten. In den Monographien von Campbell, Hecker, Keller, Parry, Hennig, Litzmann, Deschamps u. A. war mehr oder weniger das kasuistische Material bis zum Jahre 1880 zur Betrachtung der verschiedenen einzelnen Fragen verwerthet worden, besonders aber enthält die Arbeit von Parry eine vielseitige Beschreibung der Pathologie und Therapie der Extra-uterin-Schwangerschaft, reicht aber nur bis zum Jahre 1875. Mein Ziel war es daher, diese und andere hierher bezüglichen Arbeiten weiterzuführen, hauptsächlich aber die Symptome, die Ausgänge und die Behandlung der Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutterhöhle auf Grund der Kasuistik der letzten 10 Jahre zu schildern, zu welchem Behuf ich in der mir zugänglichen Litteratur über 500, seit dem Erscheinen der Monographie von Parry beschriebenen, Fälle gesammelt. Nach sorgfältigem Studium der Krankheits- und Sektionsberichte habe ich eine große Zahl derselben wegen unzulänglicher Beschreibung ganz umgehen müssen, die übrigen aber folgendermaßen klassificirt:

1) Graviditas tubaria 198 Fälle	Graviditas tubaria propria	118 Fälle
	Graviditas tubo-uterina	22 »
	Graviditas tubo-abdominalis	47 »
	Graviditas tubo-ovarialis	11 »

2) Graviditas ovarialis 18 Fälle.

3) Graviditas abdominalis 120 Fälle.

So die einzelnen Arten der Extra-uterin-Schwangerschaft streng aus einander haltend, habe ich, den Weisungen Hecker's folgend, die Symptome und Ausgänge einer jeden Art besonders zu schildern mich bestrebt. Hier ist zu erwähnen, dass ich mir die Mühe gegeben habe, mit einschlägigen Fällen das Vorhandensein aller dieser Einzelformen, also auch der echten Ovarial- und primären Abdominal- oder Peritoneal-Schwangerschaften, welche vielfach selbst von neueren Autoren angezweifelt worden, zu prüfen; als beweisend für die erstere wird übrigens der Fall von Puech fast allgemein betrachtet; als auf die primäre Abdominalschwangerschaft charakterisirende Beobachtungen verweise ich auf die Fälle von Hugenberger, Müller, Cederschjöld, Ziembicki, Fulcher, Witten und Oettinger, wo sowohl die Tuben als auch die Ovarien vollkommen intakt gefunden worden, und die Insertionsstelle der Placenta in durchaus keinem Zusammenhange mit ihnen gestanden. Bezüglich der Symptome war ich bestrebt, ihre verhältnismäßige diagnostische Bedeutung und Häufigkeit zu eruiren, und legte dieselben in der Reihenfolge ihres Auftretens während der Schwangerschaftsmonate in Tabellen nieder. Da aber die Zahl der Fälle für jeden einzelnen Monat zu gering ausgefallen war, enthielt ich mich, auf Grund derselben die Diagnose und Differentialdiagnose zu bauen, möchte aber bemerken, dass der somit angebahnte Weg zur differentiellen Untersuchung der einzelnen Symptome der verschiedenen Extra-uterin-Schwangerschafts-

arten sich, bei Anhäufung von größeren Zahlen, in der Zukunft recht nützlich erweisen kann.

In der Beschreibung der Ausgänge der Extra-uterin-Schwangerschaft habe ich eben so die einzelnen Formen derselben, wie auch die unbehandelten von den operativ behandelten Fällen geschieden, was bis jetzt beinahe von keinem meiner Vorgänger berücksichtigt worden. Daher war ich auch im Stande, zu recht charakteristischen Schlüssen zu gelangen, welche einerseits die jeder einzelnen Form entsprechenden Ausgänge, andererseits mit ziemlicher Genauigkeit die natürliche Sterblichkeitszahl der verschiedenen Arten, als auch den Progress der Therapie dieser Schwangerschaftsanomalie illustriren. So endigt z. B. die Tubenschwangerschaft mit frühzeitiger Ruptur des Fruchtsackes am häufigsten (93mal in 118 Fällen), aus welcher entweder eine innere tödliche Blutung (54mal), oder Hämatocele (21mal), oder sekundäre Abdominalschwangerschaft (8mal), oder Hämatoma oder sogar eine subperitoneale (intraligamentöse), sich weiter entwickelnde Extra-uterin-Schwangerschaft (7mal) resultiren. Viel seltener (32mal) erreicht die Tubenschwangerschaft spätere Perioden ihrer Entwicklung ohne Ruptur des Fruchtsackes, sie kann aber auch vollständig ausgetragen sein, und endigt dann, nach Absterben der Frucht, mit der Vereiterung des Fruchtsackes und Peritonitis, oder mit Bildung eines echten Lithopädions, bedeutend seltener wird die Frucht eliminirt. Die Sterblichkeit der eigentlichen Tubenschwangerschaft, auf Grund von 79 unbehandelten Fällen berechnet, beträgt 73%, während die operativ behandelten 39 Fälle eine Mortalität von 24% ergaben. Die übrigen Formen der Extra-uterin-Schwangerschaft, deren geringe Zahl zu weiteren Schlussfolgerungen nicht geeignet ist, hier umgehend, wenden wir uns zur zahlreicheren Gruppe der Abdominalschwangerschaften. Bei dieser (120 Fälle) sind die Eliminationsprocesse besonders charakteristisch, die frühzeitige Ruptur des Fruchtsackes dagegen tritt hier nur ausnahmsweise und die Entwicklung eines echten Lithopädions recht selten ein. Unter einem echten Lithopädion möchte ich ein solches verstehen, das ganz intakt und ganz gefahrlos für die Mutter ihr ganzes Leben hindurch getragen worden, was aber nach meinen, denen von Sachs vollkommen übereinstimmenden Untersuchungen selten der Fall ist: das sich von vorn herein nach dem Absterben der Frucht aus ihr entwickelnde Steinkind fällt gerade bei der Abdominalschwangerschaft, im Gegensatz der oben erwähnten Tubenschwangerschaft, fast immer über kurz oder lang (selbst nach 27—37 Jahren) der Zersetzung, Vereiterung und Jauchung mit nachträglicher Elimination anheim. Wenn wir nach dem Grunde dieser Thatsache suchen, so möchten wir geneigt sein, denselben in der Eigenschaft des Fruchtsackes zu sehen: bei der Tubenschwangerschaft und der Ovarialgravidität haben wir es mit einem resistenten, häufig muskulären Fruchtsacke zu thun, während bei der Abdominalschwangerschaft die Frucht sich in einer pseudomembranösen, bindegewebigen, häufig

durch bloße Verklebung von Eingeweiden improvisirten Höhle befindet, deren Wandung ihrem Inhalte nur wenig Schutz vor Zersetzung bietet, und selber leicht der Perforation in die nächstgelegenen Organe unterworfen ist. Daraus resultiren auch die besonders der Abdominalschwangerschaft eigenthümlichen verschiedenen Arten der Eliminationsprocesse und Verjauchung des Fruchtsackes (93mal unter 120 Fällen). Am häufigsten geschieht die Perforation des Darmes (37mal unter 54 Eliminationsfällen). Die Sterblichkeit der sich selbst überlassenen Abdominalschwangerschaftsfälle ist 50%. Die Therapie der Extra-uterin-Schwangerschaft möchte ich von der Zeit der Schwangerschaft abhängig gemacht wissen, und theile desshalb letztere in drei Perioden. Erste Periode: bis zum 5. Monat, zweite: in welcher die Frucht schon lebensfähig ist, und wir daher sowohl um das mütterliche, als auch um das kindliche Leben zu sorgen haben; dritte Periode: vom Ende der normalen Schwangerschaftszeit oder vom Tode der Frucht ab. Im Allgemeinen prävalirt bei der Extra-uterin-Schwangerschaft die chirurgische Therapie und auch in der ersten Periode, wenn die Diagnose sicher gestellt werden kann, ist die Laparotomie, wie sie jüngst von Veit und Howitz ausgeführt worden, wohl angezeigt. Unter den anderen Behandlungsmethoden der ersten Periode (Punktion des Fruchtsackes mit oder ohne nachfolgender Morphiuminjektion u. a.) habe ich in meiner Arbeit die Elektricitätsbehandlung, welche in neuester Zeit in Amerika vielfach angewendet wird, genauer beschrieben, und möchte glauben, dass dieselbe am geeignetsten für die Abdominalschwangerschaft ist, weil wir uns hier einerseits vor Kontraktionen des Fruchtsackes nicht zu fürchten brauchen, andererseits die Laparotomie bedeutend schwieriger ausfallen kann, als bei der (oft gestielten) Tubenschwangerschaft. Die Laparotomie in Folge von Ruptur des Fruchtsackes mehrmals angewendet, gab nur Lawson Tait 10 Heilungen und 1 Todesfall; aus meiner Statistik aber resultiren von 19 Laparotomien 8 Todesfälle.

Die lebensfähige Frucht und das mütterliche Leben gleichzeitig zu retten, entweder durch Laparo- oder Kolpotomie, gelingt leider selten. Nach Litzmann gelang es in 10 Fällen nur 1mal das Leben der Mutter, und 4mal das des Kindes zu erhalten. Die 15 neueren von mir gesammelten Operationen bei lebender und lebensfähiger Frucht endigten 11mal mit dem Tode der Mutter und nur 2 Kinder haben ihr Leben der Operation zu verdanken. In Russland machte mit bestem Erfolge eine solche Laparotomie Prof. Lazarewitsch in Charkow im Jahre 1885. Weiter führe ich tabellarisch 123 Operationsfälle nach dem Absterben der Frucht an, zu denen nur einige ältere Beobachtungen mitgezählt worden, weil sie bei Parry und Litzmann nicht erwähnt sind, die größte Mehrzahl aber der neueren Litteratur entnommen ist. Diese Operationsfälle lassen sich folgendermaßen gruppiren:

1) Fälle von Laparotomie und Entfernung der Frucht mit Zu-

rücklassung des Fruchtsackes — Laparokelyphotomie nach Prof. Slawiansky.

2) Vollständige Entfernung des Fruchtsackes mit seinem Inhalte — Laparokelyphoectomia.

3) Laparotomie oder andere Operationen schon im Beginn der Elimination der Fruchttheile; hierbei existiren einige Modifikationen der Bedingungen, denen zufolge dieses oder jenes Operationsverfahren vorgenommen wird: a) bei spontanem Durchbruch des Fruchtsackes in die Hohlorgane des Abdomens wird entweder eine typische Laparotomie, oder eine Kolpotomie, oder eine Extraktion der Frucht durch die Fistelöffnungen des Rectum oder der Vagina etc. gemacht, b) bei geringer Ulceration der vorderen Abdominalwandung wird der Schnitt derselben bedeutend weiter als die Fistel, also auch unter Öffnung der Peritonealhöhle geführt, endlich kann c) die Operation sich nur auf die Erweiterung der Durchbruchsöffnung im Bereiche der Verwachsungen des Fruchtsackes mit der Abdominalwand beschränken und in so fern extraperitoneal ausgeführt werden.

Nachdem ich die Indikationen, die relative Gefährlichkeit und die Vortheile dieser verschiedenen Operationsverfahren bestimmt habe, komme ich, auf statistischen Daten fußend, zu dem Schlusse, dass am günstigsten die einfache Erweiterung der Durchbruchsstelle der Bauchwand verläuft, da sie nur 8% Sterblichkeit bietet, während die Laparokelyphoektomie 11% (in Russland 4mal glücklich ausgeführt: 1mal von Sutugin, 2mal von Kusnetzky und 1mal von Muratow), die typische Laparotomie bei Fistelöffnung der vorderen Bauchwand 25%, die Laparokelyphotomie 34% und schließlich die Laparotomie bei schon begonnener Elimination und Durchbruch der Hohlorgane des Abdomens 53% Todesfälle geben. Von 11 Kolpotomien und 14 Fruchtextraktionen durch spontan sich gebildete Fistelöffnungen des Mastdarms oder des Scheidengewölbes endigten je 2 letal.

Indem man aber alle 123 Operationsfälle zusammenfasst, bekommt man für diese operativ behandelten Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft nach dem Absterben der Frucht eine Mortalität von bloß 26,5%. Dieser Procentsatz mit der oben erwähnten Sterblichkeit von 73 und 50% der, ihrem natürlichen Verlaufe überlassenen, Tuben und Abdominalschwangerschaftsfälle verglichen, scheint vollkommen die Schlussfolgerung meiner Arbeit zu berechtigen, dass das gegenwärtige Streben, die Extra-uterin-Schwangerschaft operativ zu behandeln, die Sterblichkeit dieser gefährlichsten Anomalie schon jetzt bedeutend herabgesetzt habe.

(Referat des Verf.s.)

---

2) F. **Fraipont** (Lüttich). Über uterine Dilatation zu gynäkologischen Zwecken.

(Separatabdruck aus den Annales de la soc. med.-chir. de Liège.)

F. giebt einen kurzen Überblick über die verschiedenen Mittel und Wege, welche man zur Dilatation des nicht puerperalen Uterus

eingeschlagen hat. Er verwirft sie alle und empfiehlt als zweckmäßigste und gänzlich ungefährliche Methode nur die Erweiterung mit jodoformirten Laminariastiften. Letztere werden durch Einlegen in eine 10%ige Jodoformätherlösung präparirt, in welcher sie wenigstens 14 Tage aufbewahrt werden müssen. Nach dieser Zeit sind sie nicht nur völlig mit Jodoform durchsetzt, sondern sie sind auch biegsam geworden, eine Eigenschaft, welche ihre Einführung sehr erleichtert. Letztere wird nach Ausspülung der Vagina und des Uterus mit 3%iger Karbollösung im Simon'schen Speculum vorgenommen. Ragt der Stift nur noch ca. 0,5 cm aus dem Orif. ext. heraus, so richtet F. eine heiße Dusche gegen die Portio vagin., um den Uterus zur Kontraktion zu bringen und so ein Herausgleiten des Stiftes zu verhindern. Klafft der Cervicalkanal stark, so stopft er neben den Stift Jodoformgaze ein; wenn nicht, begnügt er sich mit Einlegen eines jodoformirten Wattetampons in die Vagina.

Nach 24 Stunden wird der Stift entfernt. Bedarf es der Einführung eines zweiten, was nach F. sehr selten der Fall ist, so hüllt er ihn in Jodoformgaze ein, einerseits um ein Herausgleiten zu erschweren, andererseits um die Infektionsgefahr zu verringern. Diesem Verfahren zieht er es aber vor, die ungenügende Dilatation mittels Hegar'scher Dilatatoren in Narkose zu einer vollkommenen zu machen.

Am Schluss seines Vortrages erwähnt F. noch des Vulliet'schen Erweiterungsverfahrens, in wiederholter Einführung von Jodoformgazestreifen in den Uterus bestehend. Er hat sich selbst von der Wirksamkeit desselben in einigen Fällen überzeugt, glaubt aber, dass es nicht oft zu verwerthen sei, da es eines Zeitraumes von 8—10 Tagen bedürfe, um den Uterus für den Finger zugänglich zu machen.

Graefe (Halle a/S.).

---

3) **Fürbringer.** Untersuchungen und Vorschriften über die Desinfektion der Hände des Arztes nebst Bemerkungen über den bakteriologischen Charakter des Nagelschmutzes.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1887.

Ein Aufsatz von außerordentlicher praktischer Bedeutung und großer Tragweite für die Desinfektion, durch seine methodische Darstellung sehr fesselnd und interessant geschrieben. F., der seine Arbeit schon vor dem Erscheinen der Kümmell-Forster'schen Arbeiten über die Frage, wie der Arzt seine Hände desinficiren solle, begonnen, an dem Abschluss derselben aber durch seine Übersiedelung von Jena nach Berlin abgehalten war, hat dieselbe jenen Autoren gegenüber nach 2 Richtungen hin mit sehr glücklichem Erfolge erweitert. Indem er nämlich einerseits dem Bedürfnisse des Praktikers Rechnung tragen wollte durch Feststellung der minimalen Grenzen der Zeitersparnis, innerhalb deren es möglich, die Hände für sie schonend — ein nicht immer beachteter Gesichtspunkt — und doch sicher von allen Keimen zu befreien, ging er hierin noch einen

Schritt weiter, als Jene, indem er als Kriterium der wirklichen Sterilität diejenige des sogenannten Unternagelraumes verlangte, welche, wie Kontrollexperimente mit der bis dahin allgemein geübten Vorschrift zeigten, nur höchst unvollkommen, nach denen von K. und F. aber auch noch nicht ganz sicher zu erreichen ist. So ergab, um nur einige Experimente anzuführen, die Untersuchung des Nagelschmutzes nach mehrere Minuten währender Seifenwaschung, Bürste, Karbol, Sublimatdesinfektion 3000, 785, 2000, 1mal nur 2, dann aber 590, 30 etc. Kolonien. 1mal Sterilität. Das Nähere im Original. Auf die speciellen Charaktere der betreffenden Bakterienarten geht F., gewiss der Zustimmung des Nichttheoretikers sicher, hierbei nicht ein, da es sich, wie auch schon K. hervorhebt, bei diesen Untersuchungen nicht bloß um pathogene Bakterienarten, sondern um Bakteriengemische handelt. Gleich erwähnt mag hier übrigens beiläufig das interessante, mit der Erfahrung der Praxis übereinstimmende, aber a priori etwas verblüffende Faktum werden, dass die vorherige Beschäftigung z. B. mit faulig zersetzten Stoffen (Eiter, bei Sektionen etc.) in Bezug auf die Zahl der Kolonien nicht von dem Einfluss ist, den man erwarten sollte, dass die Untersuchung solchen Nagelschmutzes häufig relativ günstigere Resultate ergab, als die von Leuten, die anscheinend gar nicht mit septischem Material in Berührung gekommen waren, ein Faktor, dessen Berechnung nicht in unserer Hand liegt, der aber leider wohl oft an dem Skepticismus manchen Praktikers an der Bedeutung der Desinfektion Schuld sein mag.

Die Sterilität des sogenannten Nagelschmutzes, des Unternagelraumes in einer dem praktischen Arzt zu Gebote stehenden Zeit zu erreichen, hatte sich also F. vorgesetzt. Dieses Kriterium hatte er sich vorgesetzt nicht bloß, weil es als eines der schwierigst zu erreichenden einen Prüfstein für diesen Zustand abgiebt, sondern weil in der That bei operativen Eingriffen dieser Raum unseres dabei stets verwandten Tastorgans eine wesentliche Rolle als Infektionsträger spielt, indem er, andauernd von Blut und Flüssigkeit umspült, anders wirkt, als wenn er nur momentan in der starren Nährgelatine agitirt, an diese auch keine Keime mehr abgiebt. F. verfuhr dabei so, dass er nach mannigfach variirter Art der Desinfektion jedes Mal ein abgeschabtes Partikelchen Nagelschmutz mit sterilisirten Instrumenten in Nährgelatine übertrug und die Entwicklung von Kolonien prüfte. Hierbei überzeugte er sich bald, dass abgesehen von der mechanischen Wirkung des Bürstens der Nägel mit warmem alkalischen Seifenwasser dieses einen der wesentlichsten Faktoren für die Herstellung aseptischer Verhältnisse dadurch bildet, dass durch Entfernung des fettigen Hautsekretes die für die Adhäsion der Antiseptica günstigen Bedingungen hergestellt werden. Von dieser Schwerdurchdringlichkeit speciell des Nagelschmutzes legt ein kleines Experiment im Uhrschälchen Zeugnis ab. Wenn man nämlich derartige Partikelchen in wässrige Karbol- oder Sublimat-

lösung bringt, so hält es zum Theil wegen der eingeschlossenen Luftbläschen, zum Theil wegen des Fettgehalts sehr schwer, dasselbe zum Sinken zu bringen, d. h. die Imbibition ist verhindert. F. legte also das Hauptgewicht auf die vorbereitenden Methoden, Zusatz freien Alkalis zur Seife, Kalilauge, Sodalösung, eben so Essigsäure mit ihrem aufquellenden Charakter, dessgleichen Äther nach dem Seifenbade zur Bearbeitung der Hände verwandt, hatte keine weitere Förderung zur Folge. Letzterer wohl wegen der schnellen Abdunstung und dadurch bedingt relativ so vorübergehende Wirkung. In diesem Ideengange fortfahrend, gelang es F., in dem Alkohol (80%) ein Mittelglied zu finden, welches bei gleicher Lösungsfähigkeit für Fette und antiseptische Stoffe geeignet war, die schädliche Trockenheit der Haut aufzuheben und bei dessen Einschaltung er so unzweideutige, vollkommen ideale Resultate erzielte, dass er denselben als wesentlich integrirendes Glied der Desinfektion ansieht, dem in vorbereitender Wirkung der Löwenantheil an einer vollkommenen Antisepsis gebührt.

Seine Versuchsanordnung ist folgende: Mechanische Reinigung der Nägel, Bearbeitung der Finger mit warmer Seifenlösung, Bürsten für 1 Minute, Waschen in Brennspiritus und folgende Spülung in 3%igem Karbol oder 1—2‰iger Sublimatlösung für ebenfalls 1 Minute. Abtrocknen mit reinem Handtuch, Aussaat der Abschabsel des subungualen Raumes. Bei 16 Versuchen 14mal keine einzige Kolonie, 1mal 5, 1mal 6.

Durch Variation der Versuche mit bloßer Seifenwaschung, Seife + Alkohol, Seife + Alkohol + Sublimat, Seife + Sublimat, Alkohol + Sublimat stellte F. die Bedeutung jedes einzelnen Gliedes fest. Es würde hier zu weit gehen, in die Details einzugehen. F.'s Technik ist die obige soeben unter Versuchsanordnung citirte.

Die Vorzüge der Methode sind den früheren gegenüber a) idealer, absolut sicherer Erfolg, b) Zeitersparnis (K. verlangt 5—7 Minuten bei Unsicherheit der Erfolge), c) Schonung der Hände, d) Billigkeit bei Verwendung von Sublimat.

Als Nachtrag hat F. seiner Arbeit das Resultat seiner früheren, schon veröffentlichten Untersuchungen über die Verwendbarkeit des Sublimats in Brunnen- resp. Wasserleitungswasser zugefügt, aus denen hier nur kurz rekapitulirt werden soll, dass zunächst die durch die Bicarbonate der alkalischen Erden bewirkte Zersetzung mit Sublimat erst nach Stunden eintritt, dann allerdings durch Ausfällung des Hg. die antiseptische Wirkung ganz paralysirt werden kann, dass mehrstündiges Kochen das Wasser von den alkalischen Erden gänzlich befreit, dass auf 1 Liter Wasser von 18° Härte 0,5 Citronen- oder Essigsäure, 1,0 Salicylsäure etc. erforderlich sind, um für einige Pfennige eine brauchbare antiseptische Lösung herzustellen.

Bekanntlich hat Angerer in letzter Zeit seine Sublimatkochsalzpastillen (Hydr. bichl. corros. natr. chlorat. āā) zu gleichem Zweck

empfohlen. Auch der von Laplace in letzter Zeit gemachten Untersuchung, der Alkalescenz von Blut und Wundsekreten durch Zusatz 5facher Menge Acid. tartar. zu der des Sublimats zu begegnen, wird kurz gedacht.

Hadra (Berlin).

---

4) **Beumer.** Zur Ätiologie des Trismus s. Tetanus neonatorum.

(Zeitschrift für Hygiene 1887. Bd. III. p. 242.)

Aus bisherigen Untersuchungen geht hervor, dass der Wundstarrkrampf der Erwachsenen und Knaben eine Infektionskrankheit ist, dass es aber noch nicht feststeht, ob die sogenannten Tetanusbacillen (Nicolaier), deren Reinkultur bis jetzt nicht gelungen ist, als die specifischen Erreger der Krankheit anzusprechen sind. Zur Erforschung der Frage, ob der Tetanus neonatorum auch eine Infektionskrankheit, und zwar eine durch die muthmaßlichen Tetanusbacillen bedingte ist, machte B. mikroskopische Untersuchungen, Kulturen und Thierimpfungen mit Gewebstheilen, beziehungsweise Gewebssaft von einem 10 Stunden nach dem Tode eines an Tetanus gestorbenen 10tägigen Neugeborenen exstirpirten Nabelstückchen. Die Trockenpräparate ergaben vorwiegend die vermeintlichen Tetanusbacillen, daneben aber auch Kokkenformen und andere Bacillenarten. Die Tetanusbacillen zum Wachsthum zu bringen, in Reinkultur zu züchten, erfolgreich auf Thiere zu überimpfen, gelang nicht. Da aber die mit den exstirpirten Gewebsstückchen selbst geimpften Thiere an Tetanus zu Grunde gingen und ausgedehnte Thierimpfungen mit Staub und Erdtheilen (dem Hauptfundort der Tetanusbacillen) weniger aus reinem Erdreich und tieferen Bodenschichten, als aus der Erdoberfläche, verunreinigtem Straßenkehricht und Wohnungsstaub eine gleiche charakteristische Infektiosität zeigten, so hält B. den Beweis für erbracht, dass der Tetanus neonatorum eine Infektionskrankheit ist, bedingt durch zufälliges Eindringen von Tetanusbacillen in die Nabelwunde, und zwar nach dem Abfallen des Nabelschnurrestes, aber vor der vollendeten Überhäutung der granulirenden Wundfläche. Die relative Seltenheit des Vorkommens von Trismus s. Tetanus neonatorum erklärt Verf. nach hierüber angestellten Versuchen mit der Schwierigkeit, von granulirenden Wundflächen aus mit dem infektiösen Material Tetanus hervorzurufen.

Zur Prophylaxe der schweren Krankheit weist B. auf die Nothwendigkeit der peinlichsten Antisepsis bei Behandlung der Nabelwunde hin.

Kroner (Breslau).

---

5) **G. Krukenberg** (Bonn). Experimentelle Untersuchungen über den Übergang geformter Elemente von der Mutter zur Frucht.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXI. Hft. 2.)

Nach einer kritischen Besprechung der bisherigen Arbeiten auf diesem Gebiete berichtet K. über seine Versuche.

Bei der ersten Versuchsreihe kam es darauf an, den Übergang von anorganischen, möglichst feinkörnigen, nicht scharfkantigen Stoffen durch die Placenta zu prüfen. Hierfür wählte K. das Baryumsulfat (So_4Ba). Die Ergebnisse waren negativ.

Bei der zweiten Versuchsreihe kam es darauf an, den Übergang feinster organischer Körperchen zu prüfen. Hierfür wählte K. den Bacillus prodigiosus.

Auch bei diesen Versuchen waren die Ergebnisse negativ.

Aus seinen eigenen sorgfältigen Versuchen und aus denjenigen seiner Vorgänger zieht K. den Schluss, dass Zinnober und Ultramarin auf den Fötus übergehen, der Bacillus prodigiosus dagegen nicht. Um dieses zu erklären, sind zwei Annahmen zulässig.

Zunächst wäre es möglich, dass die beiden genannten Stoffe eine Verletzung der placentaren Scheidewände herbeiführen und so den Übergang bewerkstelligen, während der zartere, kleine Bacillus diese Schädigung nicht setzt und in Folge dessen auch nicht übergeht.

Die zweite Annahme wäre die, dass Zinnober und Ultramarin, weil sofort von den weißen Blutkörperchen aufgenommen, mit diesen auf den Fötus übergehen, während der Bacillus nicht von den Leukocyten aufgenommen wird und folglich auch nicht auf den Fötus übergehen kann. **W. Nagel** (Berlin).

---

6) **Traugott Kroner** (Breslau). Über die Beziehungen der Gonorrhoe zu den Generationsvorgängen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXI. Hft. 2.)

Um die von Nöggerath und Sänger aufgestellte Behauptung, dass die auf Gonorrhoe beruhenden Nacherkrankungen sich wesentlich im Spätwochenbett zeigen, zu prüfen, hat K. 126 Mütter blennorrhoischer Neugeborenen darauf hin untersucht. Von den 126 Müttern waren 97 als zur Zeit der Geburt gonorrhoisch krank zu betrachten. Nach Ausschließung von 2 fraglichen Fällen konnte K. nur bei 15 (von 95) eine Störung verschiedener Art im Wochenbett nachweisen und stellt als Ergebnis dieser Nachforschungen den Satz auf, dass ein häufig sich zeigender schädlicher Einfluss der Gonorrhoe auf das Früh- oder Spätwochenbett sehr fraglich ist.

Eine vorausgegangene, durch Gonorrhoe bedingte Wochenbettserkrankung mit dann noch weiter fortbestehenden Residuen in den Uterusadnexen und fortbestehender Gonorrhoe braucht die Prognose der folgenden Wochenbetten nicht ungünstig zu gestalten.

Von 21 chronisch gonorrhoischen Frauen hatten nur 2 zwischendurch abortirt und zwar eine nach einem epileptischen Anfall im 6. Monat der ersten Gravidität, die zweite vor 2 auf einander folgenden rechtzeitigen Blennorrhoegeburten je einmal.

W. Nagel (Berlin).

Kasuistik.

7) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 10. Februar 1888.

Vorsitzender: Herr Kauffmann, Schriftführer: Herr Veit, später A. Martin.

Herr Ebell begründet seinen Antrag, eine Kommission zu wählen, welche die Form feststellen soll, in der die Gesellschaft im Sinne des Vortrags von Herrn Löhlein vor die Öffentlichkeit treten soll. Er weist dabei auf die erfolgreiche Thätigkeit der früher eingesetzten Puerperalfieberkommission hin. Nachdem Herr Löhlein auf die Anregung hingewiesen hat, die A. Martin dem Vorstand der Ärztekammer in dieser Richtung gegeben hat, wird der Antrag Ebell angenommen und die Herren Gusserow, Löhlein, Martin, Odebrecht und Veit in die Kommission gewählt.

I. Demonstration von Präparaten:

Herr Jaquet zeigt Präparate einer Impfung von Tetragonuskokken vor. Die Impfung des trächtigen Mutterthieres führte zu einer Kulturentwicklung bei dem Embryo.

II. Herr J. Veit hält den angekündigten Vortrag über Sectio caesarea.

Vortr. geht davon aus, dass sowohl in der Technik der Operation, wie in der Indikationsstellung des Kaiserschnittes im Wesentlichen Übereinstimmung herrsche und erkennt besonders in den meisten Punkten die letzte Arbeit von Zweifel an. Eben so wie Zweifel bot sich ihm die Gelegenheit zu sehen, dass bei symperitonealer Naht die an einander gezogenen peritonealen Flächen nicht mit einander verklebten; nach Untersuchungen an einem Präparat, das von einer peritonealen Enucleation stammt, schildert Vortr. die glatte Heilung der peritonealen Wunde ohne Einfalzung. Die sero-seröse Naht hält er nicht für nothwendig, ja mit Resektion der Muskulatur sogar für schädlich. In Bezug auf die Technik empfiehlt er ferner den Gummischlauch nur möglichst kurze Zeit um den Cervix liegen zu lassen, um Nachblutungen zu vermeiden. Die exakte Vereinigung der Muskulatur hält er mit Zweifel für sehr wesentlich. Zur schnellen Ausführung der Naht hat sich ihm die fortlaufende bewährt. Von einer Behandlung der Uterusinnenfläche räth Vortr. im Allgemeinen Abstand zu nehmen.

Unter den 50 Fällen, welche Credé zusammengestellt hat, befinden sich 14 Todesfälle, unter diesen betreffen 11 solche Frauen, welche schon bei Beginn der Operation ein ungünstiges Befinden darboten. Weil für gewöhnlich die strengste Antisepsis des Genitalkanales in der Praxis nur schwer durchgeführt wird, empfiehlt Vortr. während der Geburt die Perforation des lebenden Kindes stets dem Kaiserschnitt vorzuziehen. Nur dann sollte man aus relativer Indikation den Kaiserschnitt machen, wenn man hierzu sich in der Schwangerschaft auf Grund der Resultate früherer Entbindungen entschließen kann. Kann man dann bei vollkommen aseptisch gehaltenem Genitalkanal in gutem Operationsraum die Operation ausführen, so soll man sie entschieden der künstlichen Frühgeburt vorziehen. Vortr. berichtet dann kurz über einen von ihm im Juli 1887 ausgeführten, für Mutter und Kind erfolgreichen Kaiserschnitt, den er nach obigen Grundsätzen aus relativer Indikation ausführte. Er demonstrirt dann die Präparate über die lineäre Heilung des Peritoneums und die Nichtverheilung der an einander genähten serösen Flächen.

(Der Vortrag wird in extenso in der »Deutschen med. Wochenschrift« veröffentlicht werden.)

Diskussion: Herr Odebrecht meint, dass in einem Falle doch wohl ein Nutzen aus dem Einstülpen des Peritoneums resultiren könne. Wenn nämlich in Folge eines Zersetzungsprocesses im Uterus ein Entzündungszustand im Parenchym desselben sich ausbilden sollte, so würde eine Fleischwunde nicht verkleben, oder wenn verklebt, wieder aufbrechen können; auf seröse Flächen hingegen würde hierdurch gerade jener Reiz geübt werden, der erforderlich ist, sie zur Verkle-

bung zu bringen. Ferner würde O. doch nach dem Vorgange von Leopold die Decidua möglichst vollkommen zu entfernen suchen, um etwaiger Infektion keinen Nährboden zu bieten.

Herr Dührssen: Nach dem von Herrn Veit aufgestellten Grundsatz, dass man bei relativer Indikation den Kaiserschnitt nur dann ausführen solle, wenn die Bedingungen günstige seien, d. h. wenn die Kreißende schon im Anfang der Geburt zur Beobachtung komme, ist Herr Geheimrath Gusserow schon seit mehreren Jahren verfahren und hat in einigen Fällen von engem Becken, wo der Kopf nach längerem Kreißen nicht ins Becken eintrat, den Kaiserschnitt zwar in Erwägung gezogen, allein schließlich doch von demselben Abstand genommen, da die betreffenden Fälle schon Ausziehungs- und Quetschungserscheinungen zeigten.

Herr Veit will ferner die Decidua nicht entfernen. Die Entfernung derselben ist aber jedenfalls vorzuziehen, falls man Verdacht hat, dass schon intra partum eine septische Infektion erfolgt ist.

Die Schnelligkeit des Operirens endlich ist gewiss wünschenswerth, aber der Grund, den Herr Veit hierfür anführt, ist nicht stichhaltig, falls man, wie ich es vorschlagen möchte, bei dem Kaiserschnitt nach Entleerung des Uteruscavum dasselbe prophylaktisch mit einem langen Jodoformgazestreifen austamponirt. Die Technik würde die sein, dass man von der Uteruswunde aus zunächst mit einer Sonde das Ende des Streifens durch den Cervikalkanal hindurch in die Scheide brächte und, um eine beim Zurückziehen des Instrumentes mögliche Infektion des Uteruscavum zu vermeiden, die Sonde von der Scheide aus entfernte. Nicht nur, dass diese prophylaktische Tamponade absolut sicher vor Verblutung ex atonia uteri schützt, so stellt sie auch eine ausgezeichnete Drainage des Uterus dar, welche eine Retention der Lochien unmöglich machen würde. Endlich würde sie wohl auch im Stande sein, schon im Uteruscavum vorhandene Zersetzungen und Fäulnisprocesse zu hemmen und unschädlich zu machen.

Herr E. Cohn glaubt nicht, dass der Modus der Verwachsung peritonealer Blätter, wie ihn Herr Veit als den normalen anzunehmen geneigt ist, wirklich der typische ist. Er erinnert an die vortreffliche experimentelle Arbeit E. Graser's (Experiment. Untersuch. über d. feineren Vorgänge bei der Verwachsung peritonealer Blätter. Erlangen, 1886), welcher zu folgenden Resultaten kommt: Ohne Eröffnung der Bauchhöhle verwachsen peritoneale Blätter nicht, wenn sie auch in engem Kontakt fixirt werden. Nach der Laparotomie und Vereinigung durch die Naht fand er folgende Modi:

1) Unmittelbare (stricto sensu) Vereinigung der Endothelien.

2) Vereinigung der subendothelialen Schicht nach Abstoßung der Endothelien auf einer oder beiden Seiten.

3) Vereinigung mit geringer Exsudatbildung durch Hereinwachsen von Spindelzellen.

4) Exsudatbildung mit Hereinwachsung gefäßhaltigen Bindegewebes.

5) Eiterung mit nachträglicher Granulationsbildung.

Der Verf. neigt zu der Anschauung, dass die zweite Art die häufigste, wahrscheinlich typische sei.

Die Verwachsung wird ermöglicht durch die Reizung des Peritoneums durch Bloßliegen an der Luft, Schwämme, Antiseptica. Wenn G. auch seine Resultate an Kaninchen, Hunden und Katzen gewann, so wird man bei der anatomischen Gleichartigkeit der Gewebe kaum fehl gehen, wenn man dieselben auch im Allgemeinen auf die Vorgänge am Peritoneum des Menschen überträgt.

Was die von Herrn V. erwähnte Verwachsung des Uterus mit der vorderen Bauchwand betrifft, so hat C. in der königl. Frauenklinik 4 Fälle von Kaiserschnitt beobachtet, wo bei der Entlassung der normal zurückgebildete Uterus hoch stand und deutlich der vorderen Bauchwand adhärent war. In allen Fällen löste sich die Verwachsung spontan, so dass einige Monate post op. der Uterus normal gelagert und beweglich war.

Herr Veit will gewiss die Blutstillung durch die Jodoformgaze, wie sie Herr Dührssen empfiehlt, anerkennen, hält es aber entschieden für zweckmäßig, auch

durch schnelle Operation lieber dem Eintritt der Atonie vorzubeugen. Gegen Herrn Odebrecht bemerkt er, dass die Decidua an sich nach der Placentarentfernung beim Kaiserschnitt nicht in größeren Fetzen zurückbleibt, als sonst nach einer normalen Geburt, und daher hier eben so wenig Behandlung erheischt, als sonst.

---

8) **Hofmeier.** Drei glücklich verlaufene Fälle von Kaiserschnitt.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 1.)

Verf. berichtet über 3 Kaiserschnittsfälle aus der Berliner Universitätsfrauenklinik; in den ersten beiden Fällen wurde der klassische Kaiserschnitt wegen engem Becken, im letzten die Porrooperation wegen Myomen in den oberen Theilen des Cervix ausgeführt.

1) 36jährige IIIpara mit ausgebildeter Rachitis; erster Partus endet mit Perforation; zweite Gravidität mit einem Abort im 3. Monat. Sp. 26,5; Cr. 26,0; Tr. 31,5; C. e. 17,5; C. diag. 7,5. Wehen hatten schon begonnen; Cervix 3—4 cm lang und für 2 Finger durchgängig.

Operation durch Schröder; der Uterusschnitt trifft einen Placentarabschnitt und reißt bei der Extraktion des lebenden Knaben am unteren Winkel etwas ein; elastische Ligatur; Placentar- und Eihautlösung ohne Störung; Uterusnaht nach vorheriger Desinfektion und Jodoformeinpulverung; der untere Wundwinkel wird mit fortlaufender Katgutnaht, der übrige Theil mit Seide vereinigt und darüber der Peritonealüberzug mit Katgut fortlaufend vernäht; Resektion der Muscularis nicht nöthig. Leichte Atonie des Uterus; fieberfreier Verlauf; Mutter und Kind gesund entlassen.

2) 31jährige Vpara; mäßige Rachitis; Sp. 28,5; Cr. 29,0; C. e. 17; C. d. 9,5 cm; zwei Geburten endeten mit tödlichem Ausgang für das Kind am normalen Schwangerschaftsende, dessgleichen auch zwei künstliche Frühgeburten mit todten Kindern.

Nach Wasserabfluss und 1stündiger, heftiger Wehenthätigkeit, durch welche das Orificium ext. bedeutend erweitert und der Kopf auf dem Beckeneingang fixirt wurde, schritt H. zur Operation. Von dem Uterusschnitt wurde die Placenta in ganzer Ausdehnung getroffen; elastische Umschnürung im Augenblick der Eröffnung. Kind, Knabe, ziemlich tief asphyktisch, wird aber wieder belebt und hat am kleinen Finger der rechten Hand und an der einen Hinterbacke eine leichte Verletzung davon getragen. Uterusnaht mit 7 Seidennähten unter Vermeidung des Peritoneum und der Decidua; dieselben werden vorläufig noch nicht geknüpft; Vereinigung der Muscularis durch 2 etagenförmige, fortlaufende Katgutnähte; jetzt erst Knüpfen der Seidennähte; Vereinigung des Peritoneum darüber mit fortlaufender Katgutnaht. Starke innere Blutung durch die Vagina nach Lösung des Schlauches in Folge vollkommener Uterusatonie; steht erst nach längeren mechanischen und thermischen Reizen. Die ersten Tage leichte Temperatursteigerungen wegen peritonitischer Erscheinungen; Heilung; Pat. mit Kind gesund entlassen.

3) 45jährige IIIpara; erste Geburt vor 15 Jahren; vor 2 Jahren zweite Schwangerschaft; Schröder konstatirte im 3. Monat der Gravidität im mittleren Theil der rechten Cervixwand multiple Myome und schritt durch Bougirung des Uterus und heiße Duschen zum künstlichen Abort, worauf auch die Frucht ausgestoßen wurde, dagegen die Placenta zurückblieb; nachdem nach 6wochenlangem Abwarten die letztere nicht spontan ausgestoßen wurde, was man erhofft hatte, wurde dieselbe mit einem scharfen Löffel entfernt; Wohlbefinden darauf. Ende März 1886 Eintritt der dritten Schwangerschaft. Trotz anderweitiger Versuche einer Einleitung des Abortes mit Sondirung und intra-uteriner Ausspülung blieb Pat. gravid und wurde von Schröder am Ende dieser Gravidität nach Porro operirt. Nach Blasensprung und guter Wehenthätigkeit vollzog sich die Eröffnung schnell und am 3. Januar 1887 wurde der Uterus in typischer Weise supravaginal amputirt; Heilungsverlauf ungestört; Kind, obwohl tief asphyktisch, wird wieder belebt und gedeiht an der Ammenbrust sehr gut.

Bei Besprechung der Indikationen zum Kaiserschnitt reservirt H. trotz der

günstigen Resultate der klassischen Methode diejenigen Fälle für die Porrooperation, in denen die Gravidität durch Neubildungen des Uterus, besonders durch Fibrome, komplicirt ist, da in diesen Fällen die Fortnahme des Uterus an und für sich schon wünschenswerth erscheint und wegen der Schwangerschaftsauflockerung der Gewebe leichter auszuführen ist, als im nicht graviden Zustande.

Die Naht betreffend plaidirt Verf. für die fortlaufende Katgutnaht, unterstützt durch mehrere Seidenknopfnähte, welche der ersteren größere Sicherheit geben sollen, jedoch aber zur Vermeidung der Durchstechung der Katgutfäden vor diesen angelegt und nachher geknüpft werden müssen.

Die in den beiden ersten Fällen aufgetretenen atonischen Blutungen nach Lösung der Konstriktion werden mit der festen Umschnürung in Zusammenhang gebracht, während die glücklich vorübergegangenen asphyktischen Zustände bei den Kindern auf die großen Morphiumgaben vor den Operationen zurückgeführt werden.

Nachblutungen aus der genähten Uteruswunde treten meist dann ein, wenn der Schnitt das untere Uterinsegment mitgetroffen hat, wesshalb diese Stelle, die Stelle des sich bildenden Kontraktionsringes, möglichst zu vermeiden ist.

Menzel (Görlitz).

9) **Halliday Croom.** Laparotomien.

(Edinb. med. journ. 1886. December.)

Verf. berichtet in einem Vortrage über seine in den letzten 15 Monaten ausgeführten Laparotomien; die Resultate sind befriedigend, auf 22 Fälle 2 Todesfälle.

18mal wurde laparotomirt behufs Entfernung von Ovarialcysten oder gesunden Ovarien, um den künstlichen Klimax wegen profuser Blutungen herbeizuführen; kein Todesfall.

1mal wurde eine vereiterte Hämatocele entleert; Heilung.

2 Explorativincisionen; dabei 1 Todesfall bei einem Carcinoma omenti in der 3. Woche post operationem.

1 Hysterektomie; gestorben. **Menzel** (Görlitz).

10) **Eastman.** 25 Fälle von Bauchschnitt mit 20 Genesungen.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1887. August 6. p. 176.)

Die gegebene Liste enthält Ovariotomien, Oophorektomien, Hysterektomien etc. Die Resultate sind, Angesichts der Verschiedenheit der Indikationen, gut zu nennen; mit der wachsenden Erfahrung und Geschicklichkeit des Operateurs steigt die Zahl der Genesungen sehr erheblich. Verf. spricht sich für häufigere Ausübung der diagnostischen Laparotomie aus, indem er die durch die Operation selbst gesetzte Gefahr mit Tait für sehr gering hält. **Lühe** (Demmin).

11) **H. P. Rutherford** (Canterbury). Seltenes Verhalten der Venen in der vorderen Scheidenwand.

(Lancet 1887. Juni 11. p. 1181.)

Eine 65jährige Xpara, welche seit 20 Jahren die Menses verloren hatte, erlitt nach einem Fall auf der Straße eine starke Blutung. Dieselbe kam von einem walnussgroßen Tumor, welcher etwa $\frac{1}{2}$ cm hinter der Harnröhrenmündung lag und sich als ein Konglomerat ausgedehnter Venen zeigte.

Engelmann (Kreuznach).

12) **Handfield Jones** (London). Zwei Fälle von akuter kompleter Inversio uteri.

(Lancet 1887. Juni 25.)

Der erste Fall betraf eine 24jährige IIIpara. Die Geburt des Kindes war von heftigem Erbrechen begleitet gewesen. Die Nachgeburt lag in der Scheide und konnte leicht mit 2 Fingern entfernt werden. Einige Minuten nach Entfernung derselben stellte sich plötzlich unter den gewöhnlichen Erscheinungen vollständige Inversion des Uterus ein. Die Reposition gelang nach vieler Mühe durch anhaltenden Druck der Hand auf den invertirten Fundus plötzlich, wobei ein deutlicher Ruck zu fühlen war.

In dem zweiten Falle handelte es sich um eine sehr rasch verlaufende Geburt. Unmittelbar nach Geburt des Körpers erschien die Placenta in der Vulva, an den Fundus der Gebärmutter adhärirend. Rasch wurde der Nabelstrang unterbunden, die Placenta losgeschält. Die Reposition gelang ohne Schwierigkeit. Auch in diesem Falle erfolgte dieselbe mit fühlbarem Ruck.

Engelmann (Kreuznach).

13) **Gayet** (Lyon). Über Blennorrhoea neonatorum.

(Province méd. 1887. No. 23.)

Als Prophylaxe empfiehlt G. ein- oder mehrmalige vaginale Ausspülungen mit Sublimat 1 : 6000 ante partum bei allen Frauen, bei welchen Fluor albus besteht. Sublimatlösung derselben Koncentration soll auch zum Auswaschen der Conjunctiven bei zum Ausbruch gelangter Blennorrhoe verwandt werden. Die Reinigung muss sehr sorgfältig unter Ektropionirung der Lider ausgeführt werden. Außerdem räth G. mit dem Höllensteinstift zu ätzen, unmittelbar danach Salzwasser einzuträufeln und Eisumschläge zu machen. **Graefe** (Halle a/S.).

14) **Bignon** (Lima). Über flüssige Vaselin-Cocainlösungen.

(Bull. génér. de therapeutique 1887. No. 10.)

Verf. empfiehlt für die okulistische und chirurgische Praxis eine flüchtige Vaselin-Cocainlösung (2 : 100), theils zum Auftropfen, theils zur subkutanen Anwendung. Wenige Tropfen genügen, um vollständige Anästhesie am Auge herbeizuführen.

In der chirurgischen Praxis hat B., auch bei längeren und eingreifenden Operationen, sich obiger Lösung in der Weise bedient, dass er zuerst dieselbe am Operationsfelde subkutan applicirte und nach den ersten Schnitten dieselbe jedes Mal dann in die Wunden einträufelte, sobald der Pat. Schmerzen äußerte.

Alle diese Umstände, um die bei vorsichtig geleiteten Chloroformnarkosen doch so seltenen Zufälle zu vermeiden. **Menzel** (Görlitz).

15) **N. Charles** (Lüttich). Über die Verwendung des Sublimats bei Geburten.

(Journ. d'accouch. 1887. No. 12.)

C. bricht, wie schon in einer früheren, auch in diesem Blatt (1886 No. 6) referirten Arbeit eine Lanze für das Sublimat als geburtshilfliches Desinficiens. Seine bei Verwendung desselben in der Lütticher Entbindungsanstalt erzielten Resultate berechtigen ihn dazu. Unter 1200 Wöchnerinnen kam kein septischer Todesfall vor; die Erkrankungen waren sehr leichte; Intoxikationserscheinungen wurden nicht beobachtet.

Was den letzteren Punkt betrifft, so betont C., dass, um Intoxikationen zu vermeiden, allerdings strenge Vorsichtsmaßregeln beobachtet werden müssen. So hält er es für unerlässlich, dass täglich Morgens und Abends das Zahnfleisch der Wöchnerinnen untersucht wird. Sobald sich an demselben ein röthlicher Saum zeigt, muss das Sublimat durch Karbol ersetzt werden. Zwei Fälle, welche in jüngster Zeit als Belege für die große Gefährlichkeit des Sublimats publicirt worden sind (Moniteur du practicien 1887. Mai 26 und Archives de tocologie 1887. Mai 15) hält er nicht für beweiskräftig. Bei dem ersten spricht die Temperatursteigerung gegen eine Sublimatintoxikation; außerdem legt der schon wenige Augenblicke post partum eingetretene Tod die Vermuthung nahe, dass eine andere Ursache für den Exitus letalis verantwortlich zu machen sei. In dem anderen hat es sich unzweifelhaft um die Folgen einer Sublimatvergiftung gehandelt. Diese selbst aber ist nur das Resultat mangelnder Vorsicht, zu lange fortgesetzter Sublimatinjektionen gewesen. **Graefe** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 11. **Sonnabend, den 17. März.** 1888.

Über die Annähung der retroflektirten Gebärmutter an der vorderen Bauchwand.

Von
Prof. Leopold.

(Nach einem Vortrag in der gynäkologischen Gesellschaft zu Dresden am 3. November 1887.)

Die Mittheilungen Olshausen's[1], Sänger's[2] und von Klotz[3] über ventrale Operationen zur Hebung der Retroflexio uteri veranlassen mich, die Beobachtungen, welche wir hier nach der gleichen Richtung hin gemacht haben, ihnen anzureihen. Ich entschließe mich dazu um so eher, als seit der Vornahme der betreffenden 3 anzuführenden Operationen ziemlich 1 Jahr und darüber verflossen ist und sich wiederholt Gelegenheit darbot, den Erfolg bei den Frauen zu prüfen.

Die Annähung der retroflektirten Gebärmutter erfolgte in den 3 Fällen, nachdem jahrelang ernste Störungen der Gesundheit bestanden hatten und alle möglichen Lageverbesserungen und sonstige Behandlungsmethoden erfolglos vorgenommen worden waren. In allen Fällen wurde der Gebärmuttergrund mit drei, bez. einem Seidenfaden in die Bauchwunde eingenäht; in welcher Weise, wird die Schilderung der Fälle zeigen. Die 3 Frauen hatten einen völlig ungestörten Verlauf, haben sich vortrefflich erholt und ihre auf die Retroflexionsstellung zu beziehenden Beschwerden verloren. Bei jeder von ihnen ist auch heute noch, nach 11 bez. 14 Monaten, der Grund der leicht beweglichen und schmerzlosen Gebärmutter mit der vorderen Bauchwand ohne jedwede Störung anderer Organe verwachsen.

[1] S. dieses Centralblatt 1886. No. 43.
[2] eod. loco 1888. No. 2 u. 3.
[3] eod. loco 1884. No. 1 u. 5. und Berl. klin. Wchschr.

Die Beobachtungen sind folgende:

1) Frau V. L. ist 33 Jahre alt, seit 8 Jahren verheirathet und mit dem 17. Jahre, 4wöchentlich 4—5 Tage stark menstruirt. 3 Entbindungen und Wochenbetten (1879, 1880 und 1882) verliefen normal.

Pat. leidet seit 5 Jahren an fortwährenden Kreuz- und Unterleibsschmerzen, welche auf Retroflexio uteri und perimetritische Reizung zurückgeführt werden mussten und durch Einlegen eines Pessars zeitweilig erleichtert wurden. Da sich die Frau aber nicht schonen konnte, so war sie immer neuen Anfällen von Unterleibsentzündungen ausgesetzt, an denen sie in der letzten Zeit 15mal bettlägerig gewesen sein will. In Folge dessen war sie nicht mehr im Stande, ein Pessar zu vertragen, so verschiedene auch versucht wurden. Jedes verursachte ihr nicht bloß unerträgliche Schmerzen, sondern der Uterus blieb gleichwohl so scharf nach hinten abgebogen, dass der Grund tief zwischen Mastdarm und Collum lag.

Da Pat. zu jedem Eingriff, sie von ihrem Leiden zu befreien, bereit und die Gebärmutter gut beweglich war, so wurde beschlossen, den Gebärmuttergrund nach Eröffnung der Bauchhöhle an der vorderen Bauchwand so zu befestigen, dass ein Rückwärtsfallen nicht möglich war.

Laparotomie 27. November 1886. Nach Eröffnung der Bauchhöhle vom Nabel bis zur Schamfuge hebt die linke Hand den Uterus aus der Tiefe des Beckens heraus, zieht ihn bis an den unteren Theil der Bauchwunde heran und lässt ihn hier vom Assistenten halten.

Nun wird der Grund der Gebärmutter so angenäht, dass zuerst eine Seidennaht durch die ganze Dicke des linken Bauchwundrandes und dann unter dem Ansatz des linken runden Mutterbandes am Uterus durchgeht. Da aber hier eine zwar mäßige, aber doch fortsickernde Blutung entsteht, welche erst durch Andrücken einer Jodoformgazerolle gestillt wird, so fasst die Nadel den Ansatz des rechten runden Mutterbandes mehr oberflächlich und sticht durch die ganze Dicke der rechten Bauchwand wieder aus.

Eine zweite Naht geht, ca. 1 cm oberhalb der ersten, ebenfalls wieder durch den linken Bauchwundrand, dringt unter der Serosa des Gebärmuttergrundes, etwas vor der Einfügungsstelle der Tuben, innerhalb der Uterusmuskelfasern in einer Breite von ungefähr 2 cm quer durch und geht durch den rechten Bauchwundrand wieder heraus.

Ähnlich verfährt eine dritte Naht: unter der Serosa uteri, innerhalb der Muskelfasern, wiederum in einer Breite von ca. 2 cm hinlaufend, nur dass sie den Uterus etwas hinter der Einfügungsstelle der Tuben zu fassen sucht.

Um nun eine sichere Verklebung des Gebärmuttergrundes mit den beiderseitigen Peritonealblättern herbeizuführen, wird auf der Höhe des Fundus uteri, innerhalb der von den drei Nähten durchzogenen Stelle, die Serosa mit dem Messer leicht abgeschabt, doch nur so oberflächlich, dass keine irgend wie nennenswerthe Blutung entsteht.

Darauf werden zunächst diese drei Nähte zusammen und dadurch die Gebärmutter an den inneren Wundrand herangezogen und unter genauer Anfügung der Peritonealränder an den Fundus uteri geknüpft, wonach die oberhalb und unterhalb noch klaffenden Wundränder vereinigt werden.

Ein fester Bindenverband schützt die Wunde.

Der Weiterverlauf war ganz ungestört. Am 4. December werden die Bauchdeckennähte, am 8. December die den Uterus befestigenden entfernt. Eine Untersuchung am 19. December ergiebt, dass sich die Gebärmutter in Anteflexionsstellung, am Grund mit den Bauchdecken 4 cm oberhalb der Schamfuge fest verwachsen, befindet. Scheidentheil gut beweglich. Parametrien frei. Ovarien etwas groß, nicht schmerzhaft; liegen hinter dem Uterus. Allgemeinbefinden sehr gut.

Nachdem sich Pat. noch eine Zeit lang geschont hatte, konnte sie, befreit von den vielfachen unablässigen Beschwerden, ihrer Häuslichkeit vollständig wieder vorstehen.

Bei der Untersuchung am 1. November 1887 und Mitte Februar 1888 (also nach 1 Jahre und 3 Monaten) zeigte sich der Uterus noch ganz geradestehend,

mit seinem Grunde an den Bauchdecken fest verlöthet, aber schmerzlos, gut beweglich, ohne irgend welche Störung bei dieser abnormen Anheftung für die Blase oder ein anderes Unterleibsorgan. Menstruation ganz normal; das Befinden der Frau sehr gut. Alle früheren, durch die Retroflexion bedingten Beschwerden verschwunden.

2) Frau Wilh. H., 46 Jahre alt, seit 2 Jahren verwittwet, war vorher 20 Jahre verheirathet und hatte 1865 und 1866 zwei Kinder ohne Kunsthilfe geboren.

Bei der Aufnahme am 16. September 1886 in der Poliklinik klagt Pat. über seit langer Zeit bestehende heftige Kreuzschmerzen, welche sie beständig an der Arbeit behindern.

Der Uterus war normal groß, retroflektirt, beweglich. Linkes Parametrium sehr empfindlich. Alle Versuche, den Uterus in eine normale Lage zu bringen, namentlich durch verschiedene Ringe, schlugen fehl.

Bei einer Untersuchung in Chloroformnarkose am 4. Februar 1887 ergiebt sich, dass die Sonde den retroflektirten Uterus allerdings bis zu den Bauchdecken emporheben kann, hierbei fühlt man aber durch das hintere Scheidengewölbe, noch besser vom Rectum aus mehrere sich scharf anspannende Pseudomembranen zwischen Rectum und hinterer Uteruswand verlaufen. Zieht man den Uterus mit der Kugelzange nach abwärts, so fühlt man per rectum das rechte Ligamentum sacrouterinum wenig verdickt, das rechte Ovarium pflaumengroß, wenig beweglich; die linken Adnexa dagegen unter einander verlöthet und nicht deutlich von einander abgrenzbar.

Wegen der fortwährenden Kreuzschmerzen ist Pat. nicht arbeitsfähig, muss meistens liegen und sucht dann vorwiegend die Lage auf der rechten Seite auf.

Verschiedene Hilfsmittel, wie Umschläge, Bäder, Einlagen etc. erweisen sich gänzlich nutzlos. Pat. wünscht daher selbst auf operativem Wege von ihren Leiden befreit zu werden.

Laparotomie 22. Februar 1887. Nach Eröffnung der Bauchhöhle versucht die linke Hand den nach links hinten liegenden Uterus aus seinen Verwachsungen zu lösen, wobei sich zeigt, dass die linke Tube fingerdick erweitert, wurstartig geformt und am äußeren Ende verschlossen ist. Vorsichtig wird sie mit dem Ovarium aus allen Verbindungen unter stumpfem und mehr schabendem Vordringen der Fingerspitzen befreit, doppelt unterbunden und die Stümpfe mit dem Paquelin verschorft. Rechte Tube und rechter Eierstock werden, weil makroskopisch normal erscheinend, zurückgelassen.

Nunmehr wird die Gebärmutter, deren Hinterwand mit dem Rectum verlöthet ist, völlig frei gemacht und nach derselben Methode wie im ersten Falle am Fundus mit drei Seidennähten in der Bauchwunde angenäht, nachdem vorher im Bereich des unterstochenen Theiles am Gebärmuttergrund die Serosa durch Abschaben ihres Epithels beraubt worden war. Abweichend vom ersten Falle verlief die vordere Naht nur in so fern, als sie nicht unter den Ansatzpunkten der runden Mutterbänder, sondern unter der Serosa zwischen diesen beiden Ansatzpunkten hinlief.

Hierauf erfolgte die Reinigung des Douglas und der Verschluss der Bauchwunde oberhalb und unterhalb der Annähungsstelle durch tiefe und oberflächliche Nähte. Verband wie gewöhnlich. Operationsdauer 50 Minuten, deren größter Zeitabschnitt auf die langsame und sorgfältige Ablösung der Tube und des Uterus unter Vermeidung des Aufplatzens der ersteren fiel. Verlauf ungestört.

Beim ersten Verbandwechsel am 7. Tage werden verschiedene Bauchdeckennähte, am 10. Tage die Uterusnähte entfernt.

Vom 14. Tage an sitzt Pat. im Bett auf; vom 15. Tage an darf sie etwas aufstehen. Von nun an beginnen auch wieder die Klagen über Kreuzschmerzen, welche seit der Operation ausgeblieben waren.

Bei der Entlassung am 28. Tage steht die Vaginalportion im hinteren Scheidengewölbe. Muttermund sieht gerade nach hinten. Der Uterus gestreckt, anteponirt, mit der Bauchwand am Grunde verwachsen und nur mit dieser beweglich. Das rechte Ovarium tief und etwas nach hinten liegend; an Stelle des linken Eierstockes fühlt man den Stumpf. Betastung aller dieser Organe nicht schmerzhaft.

Pat. wird mit der Weisung nach Hause entlassen, sich noch mehrere Wochen zu schonen.

5 Monate später, am 25. August 1887, findet man den Uterus leicht anteflektirt, mit der vorderen Bauchwand noch verwachsen. Beckenorgane schmerzfrei. Allgemeinbefinden gut. Nur die früheren Kreuzschmerzen sind allerdings in geringerem Grade noch vorhanden.

Bei der Untersuchung am 1. November 1887 dieselbe Stellung des Uterus; sehr gute Befestigung an der vorderen Bauchwand, obwohl Pat. bisher ihren Haushalt wieder versorgt hat und sich nicht sonderlich hat schonen können. Gegen früher fühlt sie sich im Allgemeinen wesentlich wohler. Ein hin und wieder auftretendes Schwächegefühl beruht auf der Anämie und der mangelhaften Ernährung. Die Hauptklagen bilden noch die Kreuzschmerzen.

3) Frau E. Richter ist 36 Jahre alt, 15 Jahre lang verheirathet und seit dem 15. Jahre regelmäßig, 3wöchentlich 4 Tage lang mäßig menstruirt. Seit der Verheirathung im 21. Jahre Periode alle 14 Tage, 8—10 Tage lang sehr stark. Drei normale Geburten 1871, 1873 und 1876.

Nachdem die Blutungen in den letzten Jahren die Kranke sehr geschwächt hatten, gesellten sich seit dem Juni 1886 zu der Periode Anfangs mäßige Schmerzen, welche in beiden Seiten des Unterleibes auftraten. Mit der Zeit aber wurden sie immer heftiger und machten sich im ganzen Unterleib, in Brust, Kreuz und Rücken bemerkbar. Pat., welche seit dem Juni 1886 in poliklinischer Behandlung war, wurde wegen der nunmehr anhaltenden quälenden Beschwerden und der nur auf wenige Tage aussetzenden Blutungen am 7. März 1887 in die Klinik aufgenommen.

Die Kranke ist schlecht genährt, anämisch, blass. Herz und Lungen normal. Lymphdrüsen am Hals und in den Inguinalfalten mäßig geschwollen.

Die Vaginalportion ein 2 cm langer, konischer Zapfen, ziemlich in der Mitte stehend, nach vorn gerichtet. Muttermund schmaler Querspalt. Corpus uteri im hinteren Scheidengewölbe, von normaler Größe und Beweglichkeit, nur an der hinteren Wand etwas schmerzhaft. Sonde geht normal weit nach hinten ein. Rauhigkeiten im Cavum uteri nicht zu fühlen. Uterus lässt sich nicht aufrichten und in die normale Lage bringen.

Rechts von ihm fühlt man gesondert Tube und Ovarium, dicht der Uteruskante als eine verschmolzene Masse anliegen, das Ovarium etwas größer und härter als gewöhnlich. Linkerseits stößt man, namentlich bei der Untersuchung per rectum, auf ein empfindliches, über walnussgroßes Packet von festteigiger Beschaffenheit, das sich aus Tube und Eierstock zusammensetzt.

Diagnose: Retroflexio uteri mobilis; Perioophoritis und Perisalpingitis utriusque lateris.

Während einer 6wöchentlichen Beobachtung, in welcher alle gegen die Entzündung dieser Organe bekannten Mittel zur Anwendung kamen, zeigte sich, dass jedes Mal vor der Periode die inneren Organe anschwollen und an Schmerzhaftigkeit bedeutend zunahmen, bis die letztere ihren Höhepunkt mit der eintretenden Periode erreicht hatte.

Da auch die Lageverbesserung der Gebärmutter ohne Einfluss auf alle diese Beschwerden war, jede Berührung der inneren Organe aber, auch schon die Defäkation, die stärkere Anwendung der Bauchpresse, der Kranken immer neue Schmerzen verursachte, so war sie sofort zu dem operativen Eingriff bereit, welcher am 25. April 1887 vorgenommen wurde.

Laparotomie. Eröffnung des Leibes vom Nabel bis zur Schamfuge. Das Bauchfell wird jederseits mit mehreren Nähten an der Bauchhaut befestigt. Ein großer Schwamm schiebt die Därme nach oben. Der Uterus ist an seiner ganzen hinteren Fläche durch eine Menge von Pseudomembranen, obwohl er bei den früheren Untersuchungen sich ganz beweglich und leicht aufrichtbar gezeigt hatte, mit den Nachbarorganen, namentlich mit der vorderen Mastdarmwand, verwachsen.

Erst nach mühsamer Trennung aller dieser Fäden lassen sich linkerseits Tube

und Eierstock, beide in einander verwickelt, hervorziehen und abbinden. Bei der Abtragung der Tube entleert sich eine geringe Menge Eiter, welcher mit Stielschwämmen sorgfältig entfernt wird. Hierauf werden rechterseits die gleichen Organe aus dem Beckenboden und vom Uterus stumpf gelöst, in zwei Partien unterbunden und abgeschnitten, und unterhalb jeder Ligatur, wie ich bei allen Ovariotomien zu thun pflege, noch eine zweite zur Sicherung gelegt.

Nach Verschorfung der Stümpfe mit dem Paquelin wird, wie in den beiden vorigen Fällen, der Grund der Gebärmutter, aber diesmal nur mit einem, unter der Serosa des Fundus hingehenden Seidenfaden an die Bauchwunde innen angenäht und oberhalb und unterhalb dieser Stelle die Bauchhöhle mit tiefen und oberflächlichen Seidennähten geschlossen. Zuvor war wegen der vielfachen Verletzungen im Douglas bei der Lösung der Membranen und bei der Verunreinigung aller dieser Stellen durch Tubeneiter ein Drainrohr hinter den Uterus bis in den Douglas gelegt und an seinem oberen Ende mit einer Naht im unteren Wundwinkel befestigt worden.

Dauer der Operation eine Stunde. Weiterverlauf ungestört, fieberlos.

Am 4. Tag werden der Drain, am 10. Tag alle Nähte entfernt. Entlassung am 17. Tag. Befund: Gebärmutter klein, anteflektirt, an der vorderen Bauchwand angewachsen. Parametrien und Douglas frei.

Bei der Untersuchung am 2. November 1887 (ein halbes Jahr später) fühlt sich die Kranke viel wohler, hat an Körperkraft und -Fülle zugenommen und sieht ganz wesentlich besser aus. Sie kann gut laufen. Der Appetit ist gut. Stuhlgang gegen früher viel besser. Leibschmerzen sind verschwunden. Menstruation ausgeblieben. Die Bauchnarbe normal. Uterus klein, geschrumpft, anteflektirt, etwas links von der Mittellinie den Bauchdecken anhaftend, mit ihnen sehr leicht, ganz schmerzlos beweglich. Beide Parametrien vollkommen frei.

Auch im Februar 1888 gleich gutes Befinden. Gebärmutter klein, beweglich der vorderen Bauchwand noch dicht anliegend.

Diesen 3 Fällen sind nur wenige Bemerkungen hinzuzufügen.

Was zunächst die anatomischen Verhältnisse betrifft, so handelte es sich bei der ersten Pat. um eine reine Retroflexio uteri mobilis, welche die heftigen Beschwerden verursachte. Im zweiten Falle um eine fixirte Retroflexion mit chronischer linksseitiger Oophoritis und Salpingitis; im dritten um einen scheinbar ganz beweglichen, aber doch verlötheten retroflektirten Uterus mit doppelseitiger Oophoritis und Salpingitis.

In allen 3 Fällen wurde die Gebärmutter nach demselben Verfahren in die Bauchwunde angenäht, je nach der Beschaffenheit der Uterusadnexa aber der operative Eingriff erweitert: Dem entsprechend bestand im ersten Falle die Operation lediglich in der Aufrichtung des Uterus und dem Annähen des Fundus. Die normalen Tuben und Eierstöcke blieben zurück; Pat. ist jetzt nach Verlauf von über einem Jahre ganz wohl, und normal menstruirt, der Uterus mit den Bauchdecken fest verlöthet, ohne seine Beweglichkeit zu beschränken.

Bei der zweiten Pat. wurden zunächst die linksseitigen Organe entfernt, die Gebärmutter aus allen Verlöthungen befreit und dann ihr Grund angenäht. Hat sich die Kranke auch ganz wesentlich gebessert, namentlich die auf die Rückwärtsknickung zu beziehenden Beschwerden verloren, so ist sie doch noch von Kreuzschmerzen geplagt. Die Perioden verlaufen zwar regelmäßig, aber noch schmerzhaft, und wäre es jedenfalls richtiger gewesen, zumal da die Frau verwittwet und dem Klimakterium nahe ist, auch die rechtsseitigen Organe zu entfernen. Der Erfolg wäre dann ein vollständigerer gewesen. Jedenfalls ist auch bei ihr der Grund der Gebärmutter dicht und fest, ohne der nothwendigen Bewegung Abbruch zu thun, mit den Bauchdecken verwachsen.

Bei der dritten Kranken, deren Tuben und Eierstöcke beiderseits chronisch entzündet waren, wurden zunächst diese entfernt, der Uterus aus den Verbindungen gelöst und dann mit seinem Grunde in der Bauchwunde angenäht. Die Pat. hat sich völlig erholt, ist frei von Periode und den früheren vielfachen Beschwerden,

und vermag wieder ordentlich zu arbeiten. Der Gebärmuttergrund liegt der Bauchnarbe unverändert und ohne jedwede Störung dicht an.

Die bemerkenswerthen Verschiedenheiten, welche diesen Fällen innewohnen, gestatten, sie nach mehreren Richtungen hin bei der Frage nach dem Werthe der ventralen Operationen zu beurtheilen. Da bisher mancherlei Wege betreten worden sind[4], die Gebärmutter vorn anzunähen, über die einzelnen Verfahren aber erst wenige Mittheilungen vorliegen, so erscheint es nothwendig, zunächst sich ein größeres Material ansammeln zu lassen. Dringend wünschenswerth aber wäre es, dass die operirten Fälle nicht eher, als bis mindestens ein Jahr nach der Operation verflossen ist, veröffentlicht oder wenigstens von Zeit zu Zeit über den Befestigungserfolg des Uterus Bericht erstattet würde.

Im entgegengesetzten Falle lässt sich sonst nicht erkennen, auf wie lange Zeit die operative Lageverbesserung Stand gehalten hat.

Auch dann erst werden sich die Anzeigen zu derselben genau feststellen lassen, möge der Uterus nun ganz beweglich oder durch Membranen verlöthet und gemeinschaftlich mit Tuben und Eierstöcken chronisch entzündet sein. In Bezug auf die letztere Komplikation glaube ich es aber nach meinen bisherigen Erfahrungen jetzt schon für besser zu halten und stimme hierin Sänger[5] ganz bei, dass man der Kastration und der Auslösung des Uterus aus den Pseudomembranen immer die Annähung seines Grundes hinzufügt, zumal diese sich leicht bewerkstelligen lässt und nach den eben berichteten Fällen von Dauer zu sein verspricht.

Was nun das Verfahren betrifft, die Gebärmutter mit ihrem Grunde an der Bauchwunde, und nicht, wie Olshausen gethan, mit den Hörnern an der Bauchwand zu befestigen, so veranlassten mich dazu die wiederholten Beobachtungen, welche ich an den von mir durch den Kaiserschnitt entbundenen Frauen gemacht hatte. Bei der Mehrzahl von ihnen war die Schnittwunde der Gebärmutter mit der Bauchwunde, ohne dass beide in absichtliche Berührung oder Verklebung gebracht worden wären, fest und auf lange Zeit verklebt, ohne nur die geringsten Störungen für die Frauen hervorzurufen. Um wie viel mehr war eine feste und hoffentlich lang dauernde Verlöthung dann zu erwarten, wenn man den Grund der Gebärmutter, nach ganz leichter Abschabung des Serosaepithels, durch weit umfassende, die Muscularis oberflächlich durchdringende Nähte an die Bauchwunde heranzog und hier befestigte?

In zwei Fällen machten sich je 3 Seidensuturen, im letzten nur eine nöthig. Die erste kommt ca. 1 cm vor dem Fundus, die zweite auf der Höhe desselben und die dritte ca. 1 cm hinter ihm quer unter der Serosa hin zu liegen, demnach in Abständen von ungefähr 1 cm sowohl am Uterus, wie in den Bauchdecken. Ist nun die Serosa ungefähr je 2 cm lang und breit mit dem Messerrücken ein wenig aufgeschabt und wird diese Stelle nunmehr an die Bauchwunde, speciell an die sich innen an einander legenden Peritonealränder herangezogen, so lässt sich eine ziemlich breite Verwachsungsstelle erwarten, die nach Entfernung der Nähte am 12. bis 14. Tage genügende Festigkeit erlangt hat.

Bis jetzt hat sich dieses Verfahren ein Jahr lang vortrefflich bewährt. Störungen irgend welcher Art, namentlich von Seiten der Blase, sind nie vorgekommen, noch hat sich eine Nachbehandlung durch Einlegen von Intra-uterin-Stiften oder Pessaren in die Scheide zur Unterstützung der Geradestellung des Uterus jemals nöthig gemacht; auch lässt sich in dem Umstand, dass die Befestigungsnähte der Gebärmutter gleichzeitig zur Naht der Bauchdecken dienen, also nicht gesondert gelegt zu werden brauchen, die große Einfachheit des Verfahrens gewiss nicht verkennen.

Ich werde es daher in ähnlichen Fällen fernerhin anwenden und bei späterer Gelegenheit auch über die drei ersten Operirten wieder Bericht erstatten.

---

[4] Siehe die ausführliche Besprechung bei Sänger, dieses Centralblatt 1888. No. 2 u. 3.

[5] Siehe dieses Centralblatt 1888. No. 3. p. 37.

1) Mittheilungen aus der medicinischen Fakultät der Kaiserlich-Japanischen Universität. Bd. I. No. 1. »Das Kontagium der Syphilis« von Disse und Taguchi.

Tokio 1887.

Ausgehend von der Erfahrung, dass in den Primäraffekten, den breiten Kondylomen und Schleimhautgeschwüren Syphilitischer sich eine ganze Reihe pathogener Spaltpilze befinden, und dass andererseits in den geschützter liegenden Gummiknoten meist gar keine gefunden werden, haben die Verff. als das sicherere Medium für die Träger der Infektion das Blut sekundär syphilitischer Individuen, die zur Zeit keine specifische Affektion hatten, gewählt und darin mit ziemlich großer Konstanz Kokken von nahezu 1 μ Durchmesser, einzeln oder in Gruppen frei zwischen den Blutkörperchen liegend, gefunden. Die Kulturen zeigten auf den verschiedensten Nährböden grauweiße Massen. Dieselben verflüssigten die Nährböden sämmtlich außer Blutserum. (Ref. Es wäre somit der erste Mikroorganismus beschrieben, der Agar-Agar zu verflüssigen im Stande ist [!?]). Die Kulturen bleiben auch »bei sehr niederen Temperaturen, die periodisch unter 16° C. herabgehen, wie die Zimmertemperatur zur Nachtzeit in den Wintermonaten Japans«, entwicklungsfähig.

In den Kulturen findet man zumeist Doppelkugeln, die wie kurze Stäbchen mit abgerundeten Enden und hellem Mittelstück aussehen, eine eigene Beweglichkeit besitzen und sich in der Art vermehren, dass durch Theilung aus einem Diplococcus zwei neue Individuen hervorgehen. Nur selten sieht man die Kokken einzeln oder zu dreien verbunden, vielfach trifft man etwas dickere Doppelkugeln an, Ketten und Haufen bildend.

Die Färbung gelang am besten nach der Gram'schen Methode, wobei auch die Hülle der Kokken mitgefärbt wird.

Die isolirt vorgefundenen Kokken bezeichnen die Verff. als die Ruheform des Mikroorganismus, die bei der latenten Syphilis vorkommt und aus der sich auf geeignetem Nährboden der Diplococcus entwickelt. Sie bezeichnen die Ruheform merkwürdigerweise als »Arthrospore«.

Aus den Reinkulturen nahmen die Verff. Impfungen an 7 Kaninchen, 2 Schafen, 5 Hunden, darunter 4 Hündinnen, und 1 weißen Maus vor. Das Verfahren war: Abwaschen der Haut mit absolutem Alkohol und darauf mit 1%iger Sublimatlösung; Abtrocknen mit sterilisirter Watte. Darauf glatter Einschnitt mit ausgeglühtem Messer und Eintragen einer geringen Menge von Spaltpilzen aus einer Reinkultur, die jedes Mal vor der Impfung auf ihre Reinheit untersucht wurde.

Es fanden sich die Diplokokken bei Kaninchen und Hunden nach 10 Tagen, bei Schafen nach 3 Wochen im Blute und blieben noch nach Monaten nachweisbar.

Einige der Versuchsthiere starben nach verschiedenen Zeiten

und aus verschiedenen Ursachen, darunter auch frischgeworfene Junge von 2 geimpften Hündinnen. Die anderen wurden nach 2—4—8 Monaten getödtet bis auf 2.

2 Tabellen geben eine Übersicht einerseits über die Veränderungen bei verimpfter Syphilis und andererseits über die Organerkrankungen bei den Jungen und Embryonen einzelner Versuchsthiere (erbliche Lues). Ein besonderer Abschnitt bespricht die Veränderungen an den Placenten.

Abschnitt I handelt über verimpfte Syphilis: Immer erkrankten die gleichen Organe, wenn auch in verschiedener Intensität. Haut und Schleimhäute blieben fast völlig intakt, und eine (nach 18 Tagen zurückgehende) Induration an der Impfstelle konnte nur einmal beobachtet werden; dagegen traten in allen Fällen Veränderungen am Herzen, den Lungen, der Leber und den Nieren auf. Bei dem Vergleich zwischen den bei den Impfthieren gefundenen und den von Leichen syphilitischer Menschen bekannten Organerkrankungen stellten sich den Verff. folgende Resultate heraus: »Die Wirkung des syphilitischen Giftes äußert sich in einer multiplen Erkrankung der Gefäße, sowohl bei Menschen als bei Thieren; nur die Systeme, deren Gefäße erkranken, sind bei Thieren andere als bei Menschen. Bei Thieren bleiben die Hautgefäße frei, und die Gefäße in Herz, Lungen, Nieren werden krank; bei Menschen dominiren die Erkrankungen der Hautgefäße; ziemlich häufig werden die Hirnarterien ergriffen, höchst selten die Arterien der Eingeweide. Die einfach interstitiellen, chronisch entzündlichen Processe in Leber und Lungen treten als Folge syphilitischer Infektion bei Menschen wie bei Thieren auf; auch Neubildungen mit dem Charakter des Granulationsgewebes finden sich bei Thieren vor, wenn auch seltener, als bei Menschen. Die Erreger der Veränderungen leben im cirkulirenden Blut; sie werden im erkrankten Gewebe oft massenhaft angetroffen, scheinen aber nur kurze Zeit außerhalb der Blutbahn am Leben zu bleiben.«

Latent ist die Syphilis, wenn die Vegetation der Kokken aufhört; wenn die Arthrosporen zu wuchern beginnen und rasch sich vermehrende Diplokokken liefern, treten wieder Organerkrankungen auf.

Abschnitt II behandelt die Erkrankungen der Uterusschleimhaut und der Placenten.

Die Schleimhaut zeigt multipel auftretende hyperplastische Processe, wie sie ähnlich auch beim Menschen von Virchow beschrieben worden sind. Sie führen zu Verdickung der gefäßführenden Schleimhautlage mit Ausgang in Nekrose, die von dem Epithel aus in die Tiefe vorschreitet; auch hier ergreift der Zerfall die Wände der Blutgefäße mit.

Die Placenten zeigen knotige Wucherungen mit nachfolgender Verkäsung, wie sie auch bei menschlichen Nachgeburten bekannt sind, während die Degenerationsvorgänge an den Zotten, die zu

Atrophie des Gewebes und Hämorrhagien führen, nicht so ausgesprochen sind, wie beim Menschen. Die Diplokokken durchwandern die Placenta; sie finden sich in mütterlichen, wie in fötalen Blutgefäßen, so wie im Gewebe der Placenta selbst vor und sind im Blut der Embryonen zahlreich nachzuweisen. Es erfolgt also bei Syphilis der Mutter die Infektion der Embryonen durch das mütterliche Blut; die in demselben vegetirenden Diplokokken verlassen die mütterliche Blutbahn und gelangen in die der Embryonen.

Im dritten Abschnitt wird über erbliche Syphilis bei Hunden gehandelt. Die Organerkrankungen entsprechen genau denen bei erblich syphilitischen Kindern und bestehen in Pneumonie, Leber-, Knochen- und Nierenerkrankungen, während Haut und Schleimhäute im Wesentlichen frei bleiben. Die Diplokokken finden sich mehr im Blute, als in den Geweben.

Der Nachweis der Mikroben im Gewebe wurde mittels Doppelfärbung mit Lithionkarmin und Gentianaviolett unternommen. 12 beigefügte Tafeln enthalten sehr sorgfältige, zum Theil etwas schematische Zeichnungen der verschiedenen gewonnenen Präparate, bei denen nur die Kolorirung zu wünschen übrig lässt.

Ref. hat aus der Arbeit die Überzeugung gewonnen, dass die Untersuchungen mit größter Sorgfalt angestellt worden sind und dass ein Kern von Wahrheit darin enthalten ist. Doch werden noch weitere Untersuchungen, resp. Nachprüfungen erforderlich sein, die Entdeckung der Diplokokken als die Infektionsträger bei Syphilis sicherzustellen.

Pfannenstiel (Breslau).

---

2) **Ludwig Korn** (Dresden). Über die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen. (Mittheilung aus der königl. Frauenklinik in Dresden.)

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXI. Hft. 2.)

Veranlasst durch die Erfahrungen Kaltenbach's, welcher meinte, es genüge vollständig, um eine Augenentzündung der Neugeborenen zu verhüten, nach einer gründlichen Sublimatdesinfektion der Scheide die Augen des eben geborenen Kindes mit destillirtem Wasser auszuwaschen, wurde dieses Verfahren an 111 auf einander folgenden Geburten in der Anstalt geprüft. Zur Desinfektion der Scheide wurde eine Sublimatlösung von 1 : 4000 benutzt; jede Kreißende erhielt 6 solcher Ausspülungen à 1 Liter. Bei dieser Behandlung erlebte Verf. 6 zum Theil sehr schwer verlaufende Blennorrhoen, wovon 3 sicherlich der Methode zur Last fallen. Nach diesen schlechten Erfahrungen kehrte man wieder zu dem Credé'schen Verfahren zurück und unter 1600 auf einander folgenden Entbindungen trat kein einziger Fall von frischer Blennorrhoe ein.

Die auf der vorletzten Versammlung der Naturforscher in Berlin an den Vortrag von Cohn (K. weist nach, dass die von Cohn angegebene Morbiditätszahl von 1,5% bei dem Credé'schen Verfahren

falsch ist, dieselbe beträgt vielmehr nur 0,15%) sich anknüpfende Diskussion bewegte den Verf., die Experimente zu wiederholen. Im Laufe dieser Untersuchungen stellte sich heraus, dass die Infektion nicht während des Durchtrittes des Kopfes durch die Scheide erfolgt, sondern dass dieselbe vielmehr eine nachträgliche ist. Als eine Quelle nachträglicher Verunreinigung der Augen wurden bald die eigenen Hände des Kindes erkannt, wesshalb diese besonders gereinigt wurden, selbstredend im Anschluss an ein gründliches Waschen des ganzen kindlichen Körpers. Es wurde desshalb die erhöhte prophylaktische Reinigung der Scheide wieder aufgegeben und die Kinder in der näher beschriebenen Weise mit gewöhnlichem Wasserleitungswasser abgewaschen. Unter 1000 ohne Argentum nitricum behandelten Kindern erkrankten an Ophthalmoblennorrhoe 4 = 0,4% (nach Abzug eines fraglichen Falles 0,3%). Von diesen fallen 2 Erkrankungen auf die ersten 300 Fälle, auf die letzten 420 Geburten fällt keine einzige Erkrankung.

K. stellt folgende 5 Sätze auf:

1) Das Credé'sche Verfahren zur Verhütung der Ophthalmoblennorrhoe, eine richtige Handhabung desselben vorausgesetzt, ist ein absolut sicheres und zuverlässiges.

2) Allein wirksam hierbei ist das Argentum nitricum. Dasselbe ist ein Specificum gegen die Gonokokken.

3) Die Infektion erfolgt nicht in der Scheide, sondern stets erst nach der Geburt; nur Gesichtslagen können eine Ausnahme von dieser Regel machen.

4) Die bloße peinlichste Reinlichkeit bei der Geburt wie im Wochenbett ist im Stande, die Erkrankungen an Augenentzündung auf ein Minimum zu beschränken, höchst wahrscheinlich sogar vollständig zu vermeiden.

5) Das Verfahren ist ein verhältnismäßig einfaches und sollte in allen Hebammenlehranstalten eingeführt werden. **W. Nagel** (Berlin).

---

3) **A. Dührssen** (Berlin). Zur Pathologie und Therapie des Abortus.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXI. Hft. 2.)

Nach D.'s Beobachtungen ist die Retention von Theilen der Decidua vera nach spontan verlaufenem oder mit Tamponade behandeltem Abortus nicht die Ausnahme, sondern die Regel.

Da diese Retention häufig zu hartnäckigen Blutungen führt, da sie bei schon zersetztem Ei einen äußerst günstigen Nährboden für die Fäulniserreger bildet und da sie ferner in der Mehrzahl der Fälle zu einer Endometritis post abortum Veranlassung giebt, so hat D. jeden nicht mehr aufzuhaltenden Abortus, welchen er in der geburtshilflichen Poliklinik von Gusserow zu behandeln Gelegenheit hatte, durch sofortige Ausräumung des Uterus beendet. Von 150 so behandelten Fällen starben nur 2 bereits septisch inficirte Fälle, in den übrigen Fällen, selbst in solchen, wo das Ei in Zersetzung begriffen

war, gelang es, ein glatt verlaufendes Wochenbett zu erzielen. Das Wochenbett war nach der geübten gründlichen Ausräumung von kürzerer Dauer, da der Uterus sich rascher zurückbildete, wie bei den exspektativ behandelten Fällen. In Folge dessen hält D. nach vorhergegangener gründlicher Ausräumung ein Aufstehen schon am 5. Tage nicht für nachtheilig.

Unter gründlicher Ausräumung versteht D. nicht nur die manuelle Lösung des Eisackes, sondern auch die vollständige Entfernung der Decidua vera. Seine Untersuchungen haben nämlich die Annahme Dohrn's bestätigt, dass bis zum Ende des 3. Monats bei Beginn der Uteruskontraktionen zuerst die Placentaranlage des Eies und dann die Decidua vera, und zwar von oben nach unten zu, von der Uteruswand sich ablöst. Die Decidua vera haftet der Uteruswand fest an, und der Finger dringt nicht, wie es den Anschein hat, zwischen Decidua vera und Uteruswand ein, sondern in den um diese Zeit noch bestehenden Spalt zwischen Decidua vera und Decidua reflexa bis in die Gegend des Fundus, bis zur Placentarstelle hinauf. Aus diesem Grunde hält D. es für unmöglich, manuell zugleich mit dem Eisack die Decidua vera zu entfernen.

Da nun der Finger die Decidua vera überhaupt nur unvollständig zu entfernen vermag, so empfiehlt D. für die Ablösung der Decidua vera das Curettement. Die Curette löst nämlich nach D. die Vera in derselben Schicht ab, in welcher bei spontanem Verlauf die Abtrennung von der Uteruswand geschieht. Die Loslösung findet in beiden Fällen in der tiefen, nicht, wie Langhans annimmt, in der oberflächlichen, alveolären Schicht statt. Das Curettement ahmt also die physiologische Lösung der Vera in vollkommener Weise nach und ist, nur zur Entfernung der Decidua angewandt, völlig ungefährlich.

Nur für die 2 ersten Monate der Schwangerschaft empfiehlt D. die alleinige Ausräumung mit der Curette. Von dem Augenblick an, wo die Placenta sich gebildet hat, also von der Mitte des 3. Monats an, muss die Behandlung, weil die Placenta sich nicht mit der Curette entfernen lässt, eine kombinirte sein, nämlich: manuelle Entfernung des von der Decidua serotina und reflexa umschlossenen Eisackes, oder nach geplatztem Sacke dieser Hüllen allein, Entfernung der Decidua vera durch Curettement.

Manche specielle therapeutischen Vorschläge, insbesondere über Indikation und Modus der Uterustamponade mit Jodoformgaze müssen im Original nachgelesen werden. **W. Nagel** (Berlin).

Kasuistik.

4) Verhandlungen der amerikanischen Gesellschaft für Gynäkologie.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Oktober. p. 1039.)

Zur 12. Jahresversammlung, welche am 13.—15. September zu New York unter dem Vorsitz von Alexander J. C. Skene (Brooklyn) abgehalten wurde, hatten sich außer zahlreichen amerikanischen Ärzten eine größere Anzahl euro-

päischer Kollegen, Besucher des internationalen medicinischen Kongresses eingefunden.

Erster Tag. Vormittagsitzung.

Fordyce Barker bewillkommnete die Gäste, worauf

Thomas Emmet den ersten Vortrag über die Ursachen und die Behandlung der Lageveränderungen der Gebärmutter hielt.

E. hat die Erfahrung gemacht, dass die Erscheinungen, welche der Lageveränderung zugeschrieben werden, hauptsächlich bedingt sind dadurch, dass der Uterus sich entweder oberhalb oder unterhalb einer bestimmten Ebene befindet. Diese Ebene nennt er die normale Linie (the health line). Pessarien, welche die Lage des deplacirten Uterus in Betreff der Achse desselben durchaus nicht ändern, vielleicht sogar noch verschlechtern, können dennoch gut wirken in der Weise, dass sie denselben in die normale Linie heben. Die wichtigste Ursache der Lageveränderungen ist Entzündung des Beckenzellgewebes. Besteht eine Senkung, so werden die Venen, welche geschlängelt verlaufen, gestreckt, dehnen sich aus und das Blut wird in ihnen stagniren. Ein Pessar kann nur dann von Nutzen sein, wenn es diese Spannung der Venen beseitigt. Jahrelang hat E. Wattetampons in Glycerin getaucht als Stütze für den deplacirten Uterus benutzt. Nichts kann nach seiner Ansicht in dem passenden Fall ein richtig gewähltes und angelegtes Pessarium ersetzen.

Graily Hewitt (London) bemerkt dazu, dass nach seiner Erfahrung Beckenentzündung nur eine sehr untergeordnete Rolle als Ursache der Lageveränderungen spiele, wenigstens sei dies in England der Fall, in Amerika möge es sich anders verhalten, möge eine größere Neigung zu Entzündungen bestehen. Die Beschwerden der Lageveränderungen seien bedingt durch Störungen der Cirkulation, Druck auf die Uterusnerven selbst. Daher sei es nothwendig, den Uterus nicht nur in die richtige Linie zu heben, sondern auch in die richtige Achse zu bringen.

Simpson (Edinburg) glaubt nicht an die Verschiedenheit der Frauen diesseits und jenseits des Oceans. Der Grund beruhe wohl mehr in der Voreingenommenheit des Beobachters. Pessarien könnten sehr nützlich sein, doch müsste richtiges Urtheil bei der Wahl der Fälle verlangt werden.

Bantock (London) kann Emmet die Häufigkeit der Beckenentzündungen nicht zugestehen. Was man Beckencellulitis nenne, sei heute in den meisten Fällen als Entzündung der Tuben resp. des Peritoneum um dieselben erkannt. Pessarien wende auch er vielfach an, die richtige Wahl derselben sei eine Kunst, die sich nicht lehren lasse.

Emmet hält den Angriffen gegenüber seine Ansicht von der Häufigkeit der Beckenzellgewebsentzündungen aufrecht. Es sei durchaus nothwendig, per rectum zu untersuchen, wenn man zu einer richtigen Diagnose gelangen wolle.

Samuel C. Busey (Washington): Cystocolpocele als Komplikation der Geburt.

Mit diesem neuen geschmackvollen Wort bezeichnet B. den Zustand, den wir einfach Cystocele nennen, um den anatomischen Verhältnissen Rechnung zu tragen. Über die Komplikation des Zustandes mit Schwangerschaft konnte B. nur 6 Fälle auffinden, einen davon aus seiner Praxis; häufiger sind Fälle erwähnt, in welchen derselbe Geburt komplicirte. Die Komplikation kann nur eintreten, wenn die Blase gefüllt ist, daher besteht die Behandlung einfach in Entleerung derselben.

Goodell (Philadelphia) bemerkt, dass er einen Fall beobachtet habe, in welchem es absolut unmöglich war, den Katheter (auch den männlichen? Ref.) einzuführen und die Zange angelegt werden musste, um zunächst mit derselben den Kopf in die Höhe zu schieben.

Nachmittagsitzung.

William Polk (New York): Sollen in allen Fällen von Salpingitis Tuben und Eierstöcke geopfert werden?

Eine gewisse Anzahl von Fällen von Salpingitis werden nicht geheilt. In solchen war die Laparotomie indicirt mit Entfernung der Uterusanhänge. P. ist der Ansicht, dass in vielen Fällen die Adhäsionen die Ursache der Beschwerden sind,

und dass es genügt, dieselben zu beseitigen. Dies gelingt durch Veränderung der Lage des Uterus, erzielt durch Alexander's Operation oder Hysterorrhaphie. 8 Fälle werden mitgetheilt.

A. Martin (Berlin) hat unter einer sehr großen Anzahl von Fällen nur verhältnismäßig selten zur Operation seine Zuflucht nehmen müssen. Seine Erfahrung erstreckt sich auf 80 Fälle. Fast stets bestand heftige Peritonitis, Ovaritis, oft Abscesse in den Eierstöcken, immer war die Tube als Geschwulst zu fühlen. Die meisten Fälle würden durch allgemeine Behandlung geheilt. Massage sei nur mit großer Vorsicht anzuwenden.

Emmet ist der Ansicht, dass zwei Drittel sämmtlicher Fälle heut zu Tage zwecklos operirt würden. Eine Reaktion würde nicht ausbleiben.

Goodell (Philadelphia) kann sich nicht denken, dass Pyo- oder Hämatosalpinx von selbst heilen könnten. Die von Polk vorgeschlagene Operation scheint ihm schlimmer als Laparotomie.

Bantock (London) hat Fälle gesehen, die ihm glaublich machen, dass Pyosalpinx vollständig heilen könne. Der von Polk vorgeschlagenen Operation weissagt er keine Zukunft.

P. Mundé (New York): Drainage nach Laparotomie.

Wendet dieselbe nur im Nothfall an, bei ausgedehnten Adhäsionen oder Erguss von purulenter oder infektiöser Flüssigkeit in die Bauchhöhle. Wird sie nicht angewendet, so ist strengste Antisepsis resp. Reinlichkeit und sorgfältige Toilette der Bauchhöhle absolut geboten.

Martin (Berlin) zieht Drainage nur bei supravaginaler und vaginaler Hysterektomie in Gebrauch und zwar per vaginam.

Bantock (London) gebraucht Drainage in jedem passenden Fall, Schaden bringe sie sehr selten, dagegen häufig Nutzen. Wendet einfache Glasröhre an, die er alle 3 Stunden reinigt und entfernt, sobald die Flüssigkeit rein serös wird. Antisepsis schadet, absolute Reinlichkeit ist Hauptsache.

Gill Wylie macht auf die Wichtigkeit des Drains zur Erkenntnis der Nachblutungen aufmerksam.

Zweiter Tag. Vormittagsitzung.

Palmer (Cincinnati): Therapeutischer Werth verschiedener Arzneimittel bei Blutungen der Gebärmutter.

Empfiehlt sehr warm Hamamelis.

Fordyce Barker spricht für eine Mischung von Hydrastis und Hamamelis bei Blutungen nahe der Klimax.

Doléris (Paris): Alexander's Operation. Nur ganz kurz angeführt.

Skene (Brooklyn) hält dann die officielle Ansprache, welche die Fortschritte der Gynäkologie zum Thema hat. Indem er die Fortschritte besonders auf dem Gebiete der gynäkologischen Chirurgie vollkommen anerkennt, spricht er doch den Wunsch aus, dass an Stelle des fieberhaften Suchens nach neuen, erstaunlichen Operationen eine ruhige Prüfung des bis jetzt Errungenen treten möge. Die Chirurgie solle nicht weniger, die Medicin aber wohl etwas mehr kultivirt werden. Auch hier gehöre die Zukunft der präventiven Medicin.

Granville Bantock (London): Behandlung des Stieles bei supravaginaler Hysterektomie.

Als Resultat seiner Beobachtung glaubt B. sich zu dem Ausspruche berechtigt, dass die intraperitoneale Behandlung des Stieles eben so verhängnisvoll, wie die extraperitoneale erfolgreich sei. Er hat die supravaginale Hysterektomie 57mal mit 12 Todesfällen nach extraperitonealer Methode ausgeführt; die einfache Hysterektomie 13mal, dieselbe mittels Enucleation 2mal extraperitoneal ohne Todesfall; von 5 Fällen, welche intraperitoneal behandelt wurden, starben 4.

A. Martin spricht für die intraperitoneale Methode, welche er eingehend demonstrirt. Er ist der Ansicht, dass die Zahl der Operationen noch nicht hinlänglich groß sei, um darauf ein sicheres Urtheil zu basiren.

Simpson, Gardner (Montreal), Sims (New York), Mann (Buffalo), van de Warker (Syrakuse) sprechen für intraperitoneale Methode.

Zweiter Tag. Nachmittagsitzung.

Hunter (New York): Tod nach Laparotomie aus einer seltenen Ursache.

Dieselbe bestand in enormer Ausdehnung des Magens mit unstillbarem Erbrechen. Der Magen füllte den ganzen Unterleib aus; die Ausdehnung hatte erst nach der Operation begonnen; Pylorusstenose bestand nicht.

Reeves Jackson (Chicago): Intra-uterin-Stift bei Flexionen.

In 67 Fällen mit gutem Erfolg angewandt. J. führt erst längere Zeit Sonden ein, um den Uterus auf seine Empfindlichkeit zu prüfen, resp. an den Reiz zu gewöhnen.

Apostoli (Paris): Einige neue Anwendungsweisen des galvanischen Stromes in der Gynäkologie.

A. bricht von Neuem eine Lanze für seine elektrischen Behandlungsmethoden.

Chadwick (Boston): Die Operation für Bauchhernie nach Laparotomie.

Theilt einen Fall mit, den er erfolgreich nach eigener Methode, welche nicht beschrieben ist, operirte. 5 andere Fälle konnte er in der Litteratur finden, welche sämmtlich nach verschiedenen Methoden operirt wurden, alle bis auf einen erfolgreich.

Dritter Tag. Vormittagsitzung.

Robert Battey (Rome): Battey's Operation und ihre natürlichen Resultate.

Seine erste Operation machte er 1872; Hegar habe erst 1879 einen im Jahre 1872 erfolglos operirten Fall veröffentlicht; der Name Battey's Operation sei beizubehalten, da er den Gegenstand der Procedur besser als irgend ein anderer ausdrücke. B. hat in 54 Fällen operirt; Heilungen 33; hochgradige Besserungen 8; geringere 5; keine Besserung 8. 50mal trat vollkommene Menopause ein. Selten erfolgte die Klimax plötzlich, meistens traten mehr oder weniger langandauernde klimakterische Störungen auf, welche sich von 1 bis zu 5 Jahren hinzogen. Es muss eine sorgfältige Auswahl der zu operirenden Fälle stattfinden. In einzelnen Fällen trat unheilbare Neuralgie des Ovarialstumpfes ein. Die Entfernung der Tuben ist ohne Bedeutung.

Eine lebhafte Diskussion knüpft sich an den Vortrag. B. wird vielfach interpellirt in Betreff des Zustandes der Uteri, der Ovarien etc. Nach dem Referat sind die Antworten wenig erschöpfend und befriedigend. Auf die Frage, ob er normale Eierstöcke entferne, sagt er, dass es ihm angenehm sei, dass diese Frage aufgeworfen worden sei, da er seit 12 oder 15 Jahren vergeblich sich bemüht habe, seinen Kollegen jenseits des Oceans begreiflich zu machen, worin seine Operation eigentlich bestände. Er habe stets energisch widersprochen, dass seine Operation die Entfernung der normalen Eierstöcke sei. Seine Absicht sei, Klimax herbeizuführen und er kümmere sich nicht darum, auf welche Weise dies geschehe.

Johnstone (Danville): Der infantile Uterus. Nichts Neues.

Parvin (Philadelphia): Die Wichtigkeit der Antisepsis in der geburtshilflichen Privatpraxis.

Betont dieselbe und zeigt eine kompendiöse Tasche vor, welche alles Nothwendige enthält.

van de Warker (Syrakuse): Extra-uterin-Schwangerschaft und ihre Behandlung mit Elektricität.

Als Zeichen, dass letztere wirksam gewesen, führt er die verminderte Spannung der Cyste an, dies sei ein sicheres Zeichen der Verkleinerung der Geschwulst.

Dritter Tag. Nachmittagsitzung.

Foster (New York): Vaginale Injektionen in Sims'scher Seitenlage.

Vortheile sollen sein, dass das Wasser (es ist von heißen Injektionen die Rede) in innigeren Kontakt mit den erkrankten Theilen kommt.

Jewett (Brooklyn): Behandlung der Eklampsie.

Empfiehlt sehr warm das Veratrum viride subkutan. Die Spannung der Arterien

würde dadurch vermindert, auch ohne zu gefährlichen Dosen zu greifen. So lange die Kranke unter dem Einfluss des Mittels ist, und der Puls unter 60, tritt kein Anfall ein. J.'s Erfahrung erstreckt sich auf 22 Fälle; er ist der Ansicht, dass, wenn frühzeitig mit der Behandlung begonnen wird, das Mittel in jedem Falle sicher wirkt.

Fordyce Parker (New York) theilt mit, dass er vor 40 Jahren das Mittel empfohlen, viel mit ihm experimentirt habe und es heute noch warm empfehlen könne.

King (Washington) hat dasselbe vor 20 Jahren aus theoretischen Gründen empfohlen. **Engelmann** (Kreuznach).

5) **Max Runge** (Dorpat). Kasuistik aus der Dorpater Frauenklinik.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1887. No. 19—20.)

I. Einige bemerkenswerthe Myotomien.

Verf. weist darauf hin, dass die Mehrzahl der Gynäkologen darin einig sind, dass das Myom als solches noch nicht die Operation nöthig macht, sondern dass die das Leben bedrohenden oder erschwerenden Symptome zur Operation drängen. Die einzelnen Gynäkologen schätzen aber die einzelnen Symptome, unter welchen »beständige Blutungen« und »Schmerzen« obenan stehen, sehr verschieden ab, und legen besonders zu wenig Werth darauf, ob die Kranke zu den »arbeitenden« oder »besseren« Schichten der Bevölkerung gehört. In dem letzteren Falle kann trotz »Blutungen« und »Schmerzen« das Leben noch leidlich eingerichtet werden, und besonders gegen das erste Symptom haben sich Einspritzungen mit Ergotin[1] und Hydrastis canadensis innerlich als nützlich gezeigt; auch die Ausschabung der Gebärmutterhöhle nach Wyder kommt in Betracht. Bei der arbeitenden Klasse dagegen ist die radikale Operation weit eher nöthig.

Auch der Sitz der Myome ist von Wichtigkeit. Bei interstitiellen Myomen ist die Operation ernster, als bei subserösen; müssen aber die breiten Bänder unterbunden und getrennt werden (supravaginale Amputation der Gebärmutter), so fällt die Mortalität nicht unter 30%; sie steigt auf 50%, wenn die interligamentäre Geschwulst aus dem Beckenbindegewebe ausgeschält werden muss. Verf. versorgt den Stumpf intraperitoneal nach Schröder.

Von den 4 angeführten Fällen bestand im ersten eine sehr große Geschwulst und Verwachsungen mit Darm und Mesenterium; eine eiternde Dermoidcyste des linken Eierstockes platzte bei der Operation. Die durch die Geschwulst hervorgerufenen lebensbedrohenden Erscheinungen verschwanden nach der Operation. In dem 2. Falle trat nach der Operation Ileus auf; die Wunde musste wieder geöffnet werden. Tod an septischer Peritonitis. In den beiden übrigen Fällen war die Geschwulst intraligamentär entwickelt, Ausgang in einem Falle in Tod.

In Beziehung auf Kastration stimmt Verf. mit Gusserow überein. Die Kastration ist nur eine symptomatische Operation, außerdem ist die Entfernung beider Eierstöcke oft sehr schwierig; doch wird sie immer ihren Werth als blutstillendes Mittel behalten, besonders wenn die Entfernung der Geschwulst sich als sehr schwierig und gefährlich erweist. Von den 3 Fällen des Verf.s hörten in 2 die Blutungen auf; im 3. konnte nur ein Eierstock entfernt werden und der Zustand blieb unverändert.

II. Inversio uteri.

Dem Verf. gelang es in 6 Tagen eine Inversio uteri zu heilen, indem er einen Kolpeurynter einlegte (mit einigen Pausen) und ihn mit einem hochgehängten Irrigator verband. (Nach Krukenberg, Centralbl. f. Gynäkol. 1886. No. 2.) Während der Behandlung zeigten sich fieberhafte Erscheinungen.

III. Abreißen des Blasenhalses von der Harnröhre.

Die 28jährige Kranke hatte vor 6 Wochen zum 1. Mal geboren; der zugerufene Arzt versuchte die Zange anzulegen, und da es nicht gelang, verließ er die Kreißende unentbunden. Am 4. Tage gebar sie ein todtes Kind. In der Klinik fand sich ein unbedeutender Einriss des Dammes; die hintere Wand der Harn-

[1] Krassowsky (s. o.) spricht sich in entgegengesetztem Sinne aus.

röhre fehlte und nur 2 kleine Lappen ragten in die Scheide hinein, hinter ihnen eine fingergroße Blasenfistel, aus welcher Harn auströpfelte, und in der die hyperämische Blasenwand erschien. Die Scheide war narbig verengt; 4 cm hinter dem Eingang eine Mastdarmfistel, welche eine dicke Uterussonde durchließ. Die Maße des Beckens normal.

Die ausgeführte plastische Operation (Wiederherstellung der Urethra) gab einen befriedigenden Erfolg. **Reimann** (Kiew).

6) **Nilsen.** Indikationen und Kontraindikationen zur Laparotomie.

(New York. med. journ. 1887. Juli 9. p. 38.)

Gegenüber dem leichten Sinn, mit welchem sich viele Operateure zur Laparotomie unter den mannigfachsten Indikationen entschließen, warnt N. davor, dies zu thun, ehe nicht alle anderen Mittel zur Hebung des zu Grunde liegenden Leidens erschöpft sind. Aber auch hierbei sind vielfach Irrungen möglich. Denn abgesehen davon, dass ja der einzelne Arzt höchstens sagen kann: »ich weiß nun nichts mehr in diesem Falle anzuwenden«, so ist auch häufig der Gebrauch der benutzten Mittel nicht hinreichend energisch und andauernd gewesen und trifft dieser Tadel durchaus nicht allein den Arzt, sondern gar oft auch die Pat., welche zu nachlässig war. Oft sind auch die Verhältnisse und die Umgebung der Kranken selbst die nicht fortzuschaffende Ursache der Leiden. Als Kontraindikationen werden aufgeführt: Herz- und Nierenkrankheiten, so wie nicht hinreichend nachgewiesene operative Befähigung des Arztes selbst. **Lühe** (Demmin).

7) **Born.** Ein seltener Fall von angeborener Atresie und Durchtrennung des Darmrohres mit entwicklungsgeschichtlich interessanten Verhältnissen am Peritoneum.

Inaug.-Diss., Breslau, 1887.

Im Breslauer anatomischen Institut wurde an der äußerlich wohlgebildeten männlichen Leiche eines neugeborenen Kindes von 44 cm Länge, — ob und wie lange dasselbe gelebt, konnte nicht festgestellt werden — eine einfache Atresie des Duodenums mit vollständiger Abschnürung des Jejuno-Ileums beobachtet. Während die drüsigen Baucheingeweide, Leber, Pankreas, Milz und Nieren nichts Besonderes darboten, die Hoden bereits ins Scrotum herabgestiegen waren, endete die Pars oblique ascendens des Duodenums blind; Magen und Duodenum sind in Folge dessen ungeheuer erweitert; letzteres reicht über die rechte Niere hinaus und bis auf die Beckenschaufel herab. Der Dickdarm zeigt im Ganzen normale Lagerung, nur sitzen das Colon descendens und Coecum nicht auf der hinteren Bauchwand, sondern auf der Vorderfläche des erweiterten, blinden oberen Endes des aufsteigenden Duodenalschenkels. Nur an dem rechten Rande einer schmalen aber sehr hohen Mesenterialplatte ist der Dünndarm aufgereiht, während der linke Rand dieser Platte, welche gleichzeitig auch eine freie vordere und hintere Fläche besitzt und quer mit schmaler Basis unter dem Mesocolon transversum angeheftet ist, frei ist. In der schmalen Basis dieser Platte liegt das blindsackartige Ende des Duodenums; das ovale Ende des Ileum läuft in einen 3 cm langen, blind endenden dünnen Faden aus, welcher vom Duodenum um 10 cm entfernt und offenbar als ein degenerirtes atrophisches Darmstück aufzufassen ist. Die mikroskopische Untersuchung dieses Rudimentes unterblieb, um das Präparat nicht zu zerstören.

Diese Darmmissbildung wird von B. an der Hand der Toldt'schen Anschauungen über die Entwicklungsgeschichte des Darmes und des Peritoneums auf eine jedenfalls im 2. Embryonalmonat aufgetretene Ernährungsstörung zurückgeführt, welche zur Atrophie und nachfolgenden Durchtrennung des absteigenden Schenkels der primär angelegten Darmschleife geführt hat. **Menzel** (Görlitz).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 12. Sonnabend, den 24. März. **1888.**

I. Das Abtasten des Uterus und der Ovarien bei in das Rectum eingeführtem Kolpeurynter.

Von
Dr. Emerich Ullmann,
Assistent an Hofrath Albert's Klinik in Wien[1].

Gewöhnlich stellen sich der Palpation des Uterus und der Ovarien keine nennenswerthen Hindernisse entgegen. Durch kombinirte Untersuchung (Bauchdecken-Scheide) gelingt es, namentlich bei schlaffem Genitalapparat, leicht mit der an die Bauchdecken gelegten Hand den Uterus sammt Adnexen weit hinunter zu drücken, und der in die Scheide eingeführte Finger tastet die Ovarien als etwas über haselnussgroße glatte Körper.

Nicht immer ist aber diese Untersuchung gleich leicht.

Dass die Ovarien wenn sie von großen Geschwülsten umlagert sind, welche von dem umgebenden Gewebe ausgehend die Eierstöcke umfassen, auch bei der sorgfältigsten Untersuchung nicht aufgefunden werden können, ist begreiflich. Dasselbe ist der Fall, wenn durch Entzündungen am inneren Genitale die Ovarien in derbe perimetrale Schwarten und Schwielen verborgen sind. Außer diesen meist leicht nachweisbaren Erkrankungen der Nachbarorgane verhindert aber namentlich die Straffheit der Genitalien das Abtasten der Eierstöcke. Diese Straffheit und Unnachgiebigkeit der Vagina kann allerdings in vielen Fällen durch eine vorhergehende Tamponade der Scheide eliminirt werden. Man legt entweder einen Kol-

[1] Demonstrirt in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Wien.

peurynter in die Vagina oder man stopft diese mit Wattetampons aus, so dass die nach 1 oder 2 Tagen vorgenommene Untersuchung bedeutend erleichtert ist.

Endlich können Uterus und Ovarien von dem tastenden Finger so entfernt sein, dass man sie, trotz Entgegendrücken von der Bauchwand her, absolut nicht erreichen kann. Aus diesem Grunde hat Simon die mit der ganzen Hand vorzunehmende Palpation vom Rectum her empfohlen. Diese Methode hat aber wenig Freunde gefunden, erstens weil die zu Untersuchende narkotisirt werden muss, dann weil wiederholt Unglücksfälle dabei auftraten und endlich weil man nach Hegar's Ausdruck mit diesem Verfahren nur auf einem Umwege das erreiche, was man direkt viel besser erreichen könnte. Auch die Methode von Holst — Bauchdecken-Mastdarmpalpation — führt häufig nicht zum Ziel und wurden desshalb andere Methoden ersonnen, um ein Abtasten der inneren Genitalien zu ermöglichen. Das Einlegen einer Sonde in den Uterus war naheliegend, und drängte man mit ihrer Hilfe den Uterus dem in das Rectum eingeführten Finger entgegen. Die Methode wurde aber aus verschiedenen Gründen verworfen.

Nöggerath, ferner Hegar und Kaltenbach setzen eine Kugelzange in die Vaginalportion und lassen nun den so fixirten Uterus von einem Assistenten abwärts ziehen, während der Untersucher nach dem Ersteren einen Finger in die Blase und einen ins Rectum führt. Hegar und Kaltenbach ziehen es vor, ein oder zwei Finger ins Rectum zu führen und mit der anderen an den Bauchdecken ruhenden Hand den Uterus nach hinten und unten zu drängen. Bei einer Reihe von pathologischen Processen, namentlich bei Entzündungen ist diese Methode nicht zweckdienlich. Von welcher Bedeutung aber das Gelingen der Palpation des Uterus und häufig auch der Ovarien in manchem Falle wäre, ist einleuchtend. Ich brauche nur an die Forderung Hegar's zu erinnern, dass man vor jeder Kastration die Ovarien getastet haben muss. Wenn auch diese Bedingung von Olshausen nicht für jeden Fall zugegeben wird, so hält er doch bei größeren Uterusmyomen und bei peri- und parametritischen Processen mit größeren Exsudatbildungen das vorherige Tasten der Eierstöcke für wünschenswerth. Ich will ferner auf die von Tauffer angeführten diagnostischen Irrthümer hinweisen.

Bei Gelegenheit solch schwieriger Untersuchungen erinnerte ich mich an einige Beobachtungen, welche ich bei meinen Versuchen über Blasenrupturen[2] gemacht habe. Es fiel mir bereits damals auf, dass, wenn ich in das Rectum einen Gummiballon — Kolpeurynter — einführte und denselben mit Flüssigkeit füllte, der Uterus sammt Adnexen (Lig. latum, Ovarien) hinaufstieg und sich gleichzeitig der Bauchwand näherte. Ich habe daher diese Versuche mit Rücksicht auf die vorliegende Frage an der Leiche wiederholt, und dieselben in einer Reihe von Fällen auch an der Lebenden verwerthet. Die Resultate waren derart, dass ich über dieselben im Nachfolgenden zu berichten für nicht überflüssig erachte.

I. Leichenexperimente. Dieselben fallen verschieden aus, je nachdem man sie bei leerer oder voller Blase ausführt.

Ist die Blase leer und füllt man den eingeführten Rectalballon mit 200—300 g Flüssigkeit, so steigt der Uterus sammt Adnexen im Bogen nach oben und vorn. Dabei prävalirt das Steigen in der Richtung gegen die vordere Bauchwand. Bei größeren Flüssigkeitsmengen scheint die Bewegung ausschließlich in dieser Richtung stattzufinden. Das linke Ovarium rückt etwas höher als das rechte, und auch der Uterus liegt schief, seine rechte Tubarmündung tiefer als die linke. Dabei ist die Gebärmutter nicht gedreht, ihre Seiten stehen in gleicher Entfernung von den Bauchdecken. Letzteres gilt auch für die Ovarien.

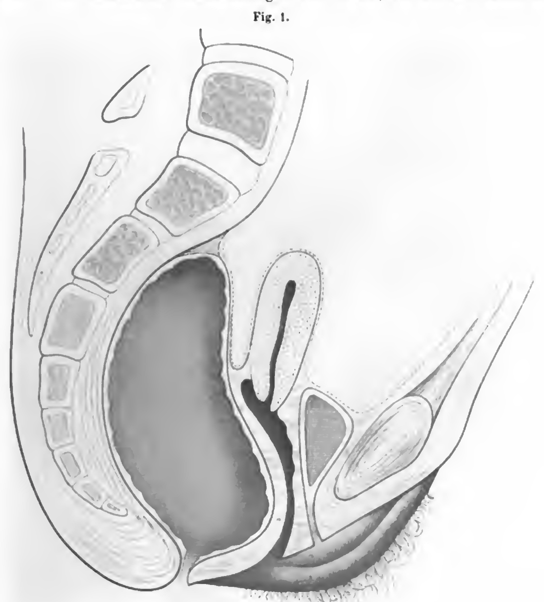
Ist die Blase mit etwa 150 g Flüssigkeit gefüllt und enthält der Rectalballon dieselbe Wassermenge wie früher, so entsteht gleichzeitig eine Drehung des Uterus auf die Weise, dass der linke Rand des Uterus sich den Bauchdecken nähert während der rechte Rand in der Tiefe bleibt (der linke Rand wird mithin zum vorderen, der rechte zum hinteren). Gleichzeitig liegt der Uterus schief id est der

[2] Wiener med. Wochenschrift 1887.

linke (vordere) Theil liegt höher, der rechte (hintere) tiefer. Das linke Ovarium rückt weit nach oben und vorn. Das rechte Ovarium bleibt in der Tiefe.

II. An der Lebenden. Wir müssen zunächst die Frage aufwerfen, ob die an der Leiche gewonnenen Anschauungen ohne Weiteres auf die lebende Frau übertragen werden dürfen. Wir wissen, dass die Bilder, welche man von der normalen Lage der weiblichen Genitalien namentlich des Uterus durch die Leichenuntersuchung erhält, nicht mit denen korrespondiren, welche auf Grund genauer Explorationen an Lebenden erlangt werden. In der Leiche findet man den Uterus entsprechend dem Gesetze der Schwere retrovertirt und nach hinten gedrängt und wurde auch von Claudius diese Lage für die an der lebenden Frau konstante gehalten. Die interessanten Beobachtungen von Hach, der an der Lebenden an-

Fig. 1.



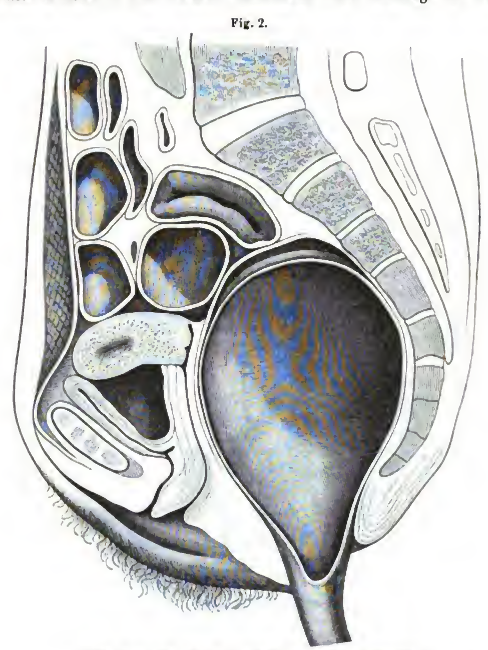
Lage des Uterus bei vollem Rectum.

teflektirte und antevertirte Uteruse an der Leiche in Retroflexion und Retroversion fand, beweisen das Irrige dieser Anschauung zur Genüge. Durch zahlreiche genaue Untersuchungen an Lebenden wissen wir, dass die Stellung des normalen Uterus die einer leichten Anteflexio-anteversio ist und von dem jeweiligen Zustand der übrigen Beckeneingeweide abhängt. Wir wissen, dass der Uterus bei Entleerung der Blase eine Flexion erleidet, deren Grad von der Flexibilität, von der Länge der Vaginalportion und von der Straffheit der Vaginalwand abhängt. Wir wissen, dass bei leerer Blase und bedeutender Flexibilität der Gebärmutter die normale Füllung des Rectum mit Kothmassen die Flexion vermehrt, bei geringer Flexibilität der Uterus aber nach vorn geschoben wird. Bei voller Blase hingegen bleibt sowohl Flexion als nach Vorneschiebung des Uterus aus, derselbe steigt

hinauf (Schultze). Meine Untersuchungen mit dem in das Rectum der lebenden Frau eingeführten Kolpeurynter bestätigen das, was ich bei den Leichenversuchen gesehen habe. Wird der Ballon bei leerer Blase mit etwa 200—250 ccm Wasser gefüllt und drückt die eine an die Bauchdecken angelegte Hand den durch den Ballon in vermehrter Flexion nach vorn gerückten Uterus sammt Adnexen hinunter und dem in die Scheide eingeführten Finger entgegen, so gelingt es häufig sowohl die vordere als auch die hintere Fläche der Gebärmutter, die Ligamenta und auch die Ovarien mit einer ganz besonderen Genauigkeit abzutasten. Ist die Blase gefüllt, so wird man das rechte Ovarium absolut nicht erreichen.

All dies steht auch mit unseren Kenntnissen über die Lage der Ovarien in

Fig. 2.



Lage des Uterus bei im Rectum liegendem Kolpeurynter.

Übereinstimmung. Das linke Ovarium ist bekanntlich häufiger und leichter zu palpiren als das rechte. Olshausen glaubt, dass dies dem hinter dem linken Eierstock gelegenen Rectum zuzuschreiben ist.

Der gegen die Anwendung des Kolpeurynters mögliche Einwand, dass man ja durch die Vaginaluntersuchung bei mit Koth gefülltem Rectum keine klaren Bilder erhält, ist gewiss nicht stichhaltig. Abgesehen davon, dass ich mich überzeugen konnte, dass die Möglichkeit dem palpirenden Finger eine feste Unterlage zu geben von großem Vortheile ist, sind die Verhältnisse bei durch Koth gefülltem Rectum und bei Anwendung des Kolpeurynter wesentlich verschieden. Zum Beege dafür füge ich diese beiden Zeichnungen bei, von denen die eine dem Buche

Fritsch's »Die Lageveränderungen und Entzündungen der Gebärmutter« entnommen ist, während die zweite einen Sagittalschnitt durch eine mit Rectumballon versehene gefrorene Leiche veranschaulicht.

Dass eine zu weit gehende Füllung des Kolpeurynters mit Gefahren verbunden ist, wird durch einen Fall von Cadge in Norwich erhärtet; bei der behufs Sectio alta vorgenommenen Füllung des Rectumballons mit 500 ccm Flüssigkeit erfolgte ein Riss des Rectums und zwar sowohl des mucösen wie des muskulären Stratums und der Kranke starb.

Endlich will ich noch bemerken, dass auch diese Untersuchungsmethode im Stiche lassen kann — hatte ich doch erst kürzlich Gelegenheit, mich hiervon zu überzeugen.

II. Eine neue Methode der Radikalheilung der Retroflexio uteri.

Von

Dr. **Schücking**, Pyrmont.

Wenn wir auch die Leistungsfähigkeit der bisher angegebenen und mit Eröffnung des Peritonealraumes verbundenen Operationsmethoden zur radikalen Beseitigung der Retroflexio uteri rückhaltslos anerkennen wollen, so wird doch nach dem Worte Olshausen's nur in verhältnismäßig seltenen Fällen der Gefährlichkeit des Eingriffs ein entsprechendes Äquivalent im Erfolge gegenüberstehen. Dass andererseits die übliche Pessarienapplikation bei beweglicher Retroflexio wenig befriedigend erscheinen musste und zugleich die Frage der Behandlung der Deviationen geradezu zu versumpfen drohte, habe ich selbst wiederholt betonen zu müssen geglaubt (vide Berl. klin. Wochenschr. 1883. No. 27). Seit geraumer Zeit bemühte ich mich daher, eine Operationsmethode ausfindig zu machen, die, ohne der Sicherheit des Erfolges zu entbehren, die Gefahren umgeht, welche der Eröffnung des Peritonealraumes anhaften und wohl am korrektesten in der reservirten Auffassung von Fritsch gewürdigt werden.

Auch die Alexander-Operation war nicht ungefährlich und zudem auf unzutreffenden Prämissen aufgebaut. Die Operation meines verstorbenen Freundes v. Rabenau scheiterte an einer irrigen Voraussetzung über die in Folge der Eliminirung eines Theiles der vorderen Collumwand geschaffenen Zugverhältnisse.

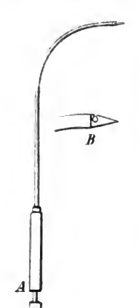
Es blieb von operativen Möglichkeiten nur übrig die Fixation des Organs vom Uterus aus nach den Bauchdecken, oder auch nach dem Vaginalgewölbe zu, oder endlich die Fixirung des Uterus von der Vagina aus. Gegen eine Befestigung des Uterus an der Bauchwandung und zwar vom Uterus aus sprachen 2 Umstände — zunächst die Gefahr der Verletzung eines Darmstückes (cf. die Bemerkungen von Sänger in No. 3 dieses Blattes), welche Gefahr allerdings durch die Anwendung meines Instruments zu vermeiden sein dürfte — zweitens aber die Zerrung, welche der Uterus durch die Befestigung an der Bauchwand erleidet.

Wir dürfen nicht vergessen, dass wir den nicht vergrößerten Uterus den anatomischen Verhältnissen entsprechend stets in ziemlicher Distanz von der Bauchwand vorfinden. Da aber eine Operationsmethode ohne Eröffnung des Peritoneums nicht gestattet, größere seröse Flächen in der Bauchhöhle mit einander zu verbinden, so musste eine andauernde starke Zerrung des Uterus von vorn herein vermieden werden. Eine Methode, den Uterus von der Scheide aus zu fixiren, möchte ebenfalls die Gefahr der Verletzung einer Darmschlinge, dann aber die Möglichkeit des Anreißens der vorderen Uteruswand durch die zu oberflächlich fassende Sutur und einer nachfolgenden unkontrollirbaren Blutung herbeiführen.

Es blieb also nur übrig: die Befestigung des beweglichen retroflektirten Uterus von dem Organ selbst aus nach dem vorderen Scheidengewölbe zum Zwecke einer serösen Verklebung der vorderen Uteruswand mit dem tiefsten Theil der vesico-uterinen Peritoneal-

falte eventuell einer Verklebung zwischen vorderer Corpus- und Collumwand mit einander.

Ich ließ mir nun im Herbst 1886 vom Instrumentenmacher Loewy, Berlin, Dorotheenstraße, nebenstehend abgebildetes Instrument *A* anfertigen, das ich 2mal in Anwendung zu ziehen Gelegenheit hatte. Ich betone das Datum der Herstellung aus dem Grunde, weil in der Arbeit Sänger's, die in No. 2 und 3 dieses Blattes 1888 veröffentlicht wurde, allerdings nur im Allgemeinen die Eventualität eines Vorgehens von der Vagina aus berührt wurde. Ein hier zu erwähnender Vorschlag Caneva's, den Sänger citirt und der ebenfalls lediglich in der Theorie konstruirt zu sein scheint, beschäftigt sich mit der Fixation des Uterus an die uneröffneten Bauchdecken. Die bez. Originalarbeit stand mir nicht zur Verfügung.



Ich gebe nunmehr die betreffenden Krankengeschichten.

Frau B. aus B., 32 Jahre alt, hat 2mal geboren. Pat. befindet sich seit $1^1/_2$ Jahren in meiner Behandlung, führt die mannigfachsten Klagen und giebt an, seit ihrer letzten Entbindung vor 6 Jahren zu jeder Arbeit unfähig zu sein, »sobald die Mutter nicht durch einen Ring gehoben werde« Der Muttermund ist stark klaffend, der mangelhaft involvirte Uterus ist beweglich, und sobald er seiner Stütze beraubt wird, stark retroflektirt. Die Reposition gelingt leicht und das Hodge'sche Pessar fixirt recht gut, wird auch zunächst immer gut vertragen. Nach einigen Wochen oder Monaten muss trotz regelmäßiger sorgfältiger Reinigung das Pessar jedes Mal für längere Zeit entfernt werden, da dann eintretende heftige Schmerzen das Weitertragen der Stütze verbieten. Nach der Fortnahme des Pessars aber pflegt Pat. wieder in hohem Grade unter den Folgeerscheinungen der Retroflexio zu leiden. Operation am 12. Januar 1887. Nachdem der Uterus vorher durch Laminaria erweitert ist und Blase und Mastdarm entleert sind, wird der Genitalschlauch mit Sublimatlösung (1 : 3000) gründlich desinficirt und hierauf die permanente Irrigation mit 3%iger Karbolsäurelösung eingeleitet. Operirte befindet sich in Steißrückenlage. Das Instrument wird mit starkem Seidenfaden armirt und kaschirt mit der linken Hand in den vorher reponirten Uterus eingeführt, während mit der rechten das vordere Scheidengewölbe stark aufwärts bis zur Höhe des Fundus und dicht an die vordere Uteruswand gedrängt wurde. Die Blase wurde hierdurch, wie ich mich mit dem Katheter überzeugte, nach vorn abgehoben und auch die Anwesenheit von Darmtheilen mit Sicherheit ausgeschlossen. Hierauf wurde die Nadel vorgestoßen und, nachdem unter dem Gegendruck der anderen Hand die straffe Uterusmuskulatur passirt war, wiederum kaschirt, um als Sonde zu dienen. Zur größeren Sicherheit sollte mit dem Instrument nochmals festgestellt werden, ob in der Vesico-uterin-Falte des Peritoneum keine Darmschlinge lagere. Endlich wurde die Nadel bis in das vordere Scheidengewölbe vorgestoßen und der dort erscheinende Faden mit einem Häkchen festgehalten. (Dies Erfassen des Fadens ist etwas mühsam und würde ich wohl späterhin die unter *B* abgebildete Nadel benutzen.) Nun wurde das Instrument entfernt und das aus dem äußeren Muttermund hängende Fadenende mit dem durch die vordere Corpuswand geführten und durch das vordere Scheidengewölbe geleiteten Faden mäßig fest zusammengeschnürt. Hierauf Jodoformtampon und Eisblase auf den Leib. Pat. klagte nur über leichte Schmerzen, Fieber war nicht vorhanden. Nach 6 Tagen wurde die Ligatur entfernt, während die Vagina zur Stützung des Uterus weiter tamponirt wurde. Nachdem am 9. Tage die Tamponade nicht wieder erneuert worden war und der Uterus damals noch anteflektirt stand, befand sich schon am 14. Tage der Uterus wieder in der alten fehlerhaften Lage. Der Misserfolg war entweder auf den Umstand zu schieben, dass die Ligatur zu früh entfernt war, oder dass eine Ligatur zur genügenden Fixirung nicht ausreichend war. Auch musste bei näherer Überlegung die Tamponade der Vagina überflüssig und störend erscheinen.

Der 2. Fall betraf die 28jährige Frau L. aus B., die 1mal geboren, 1mal im 4. Monat abortirt hatte. Es lagen hochgradige hysterische Erscheinungen vor. Muttermund erodirt, Endometritis chron. mit mäßiger Sekretion. Uterus vergrößert, beweglich, stark retroflektirt, von schlaffer Konsistenz. Das linke Ovarium descendirt, geschwollen und sehr empfindlich. Ich möchte bei dieser Gelegenheit die Beobachtung von Klotz bez. der Koincidenz der schmerzhaften und größere Beschwerden verursachenden Fälle von Retroflexio mit Erkrankungen der Ovarien durch meine Erfahrungen bestätigen. Pessarien wurden von der Pat. schlecht vertragen. Operation am 21. Oktober 1887. Es wurden dieselben Vorbereitungen, wie in dem ersten Fall getroffen. Die schlaffe Uterusmuskulatur setzte der Nadel nur geringen Widerstand entgegen. Ich hatte die Absicht gehabt, die Nadel diesmal in der Gegend des inneren Muttermundes, ein zweites Mal durch die vordere Uteruswand durchzuführen, nahm aber, da ich glaubte annehmen zu dürfen, dass eine Ligatur zur Herbeiführung einer fixirten Anteflexio genügen würde, davon Abstand und führte das untere Fadenende wieder zum äußeren Muttermund heraus. In welchen Fällen mehrfache oder quer am Fundus angebrachte Ligaturen sich zweckentsprechend erweisen, muss eine weitere Erfahrung zeigen. Es ist indess nicht wohl anzunehmen, dass ein länglicher Körper in der Richtung seiner Querachse eine bessere Fixation erzielen lässt, als in der seiner Längsachse. Vor Allem würde man dann aber nicht durch Ligaturen in der Richtung der Querachse mit der Anteversio zugleich eine Anteflexionsstellung erzielen können. Wohl aber wird es für gewisse Fälle zu empfehlen sein, eine obere und eine untere Ligatur anzulegen und dieselben mit einander zu verbinden. Ich legte in den Uterus diesmal einen Jodoformbacillus ein und streute in die Vagina eine Schicht Jodoformpulver. Pat. befand sich in den nächsten Tagen wohl und hatte kein Fieber, wohl aber klagte sie über zeitweise auftretende stechende Schmerzen. Wegen des ziemlich reichlichen Ausflusses ließ ich vom 3. Tage ab mit Sublimatlösung 1 : 5000 ausspülen, um jedes Mal nachher einen mäßigen Jodoformbolus in die Scheide zu legen. Auch wurde Sorge für leichten Stuhlgang getragen. Pat. durfte nach 10 Tagen umhergehen. Die Ligatur entfernte ich diesmal erst nach 14 Tagen. Bei der zu dieser Zeit vorgenommenen Untersuchung zeigte sich der Uterus stark anteflektirt. Diese Stellung blieb indess dauernd und ist jetzt nach ungefähr 4 Monaten noch genau dieselbe geblieben. Auch ist eine entschiedene Verkleinerung des Organs zu konstatiren — das linke Ovarium ist kaum noch zu palpiren. Mit Ausnahme eines Gefühls von Druck im Unterleibe, über das Pat. zeitweise klagt, fühlt sie sich von allen Beschwerden völlig befreit.

Es erscheint nun recht gut möglich, die eben geschilderte Operationsmethode auch auf Fälle von unbeweglicher Retroflexio nach vorheriger gewaltsamer Lösung der Adhäsionen auszudehnen. Wenn auch der von Klotz gelegentlich der dankenswerthen Sänger'schen Veröffentlichung betonte Umstand, dass die Lösung der beträchtlichen Adhäsionen und die dadurch gesetzte Wundfläche sehr bald zu einer energischen Narbenretraktion nach dem Douglas zu führen wird, keineswegs von mir bestritten werden soll, so würde doch nach meinem Verfahren in Folge der starken Anteflexionsstellung der Uteruskörper von dem Narbenzuge nach hinten bedeutend weniger beeinflusst sein.

III. Beitrag zur Darmocclusion nach Ovariotomie.

Von

W. Nieberding in Würzburg.

Sind auch die üblen Ereignisse, die sich nach Laparotomien einstellen können und den Heilungsverlauf erheblich zu trüben und in Frage zu stellen geeignet sind, Dank der Antiseptik und der verbesserten Operationstechnik viel seltener als ehedem geworden, so werden dennoch wohl die Komplikationen von Seiten des

Darmes, die mit Recht von jeher unter den gefürchtetsten eine hohe Stufe einnahmen, von Zeit zu Zeit wieder auftreten und ihre Opfer fordern. Dieselben werden sich nie vollständig vermeiden lassen, weil sie einmal ihren Grundstein schon in einer der Operation oft weit vorausgehenden Zeit gelegt hatten, und dieser Grundstein bei der Eröffnung der Bauchhöhle nicht immer erkannt oder entfernt werden kann, das andere Mal, weil die ursächlichen Momente bei der Operation noch nicht einmal vorhanden sind, sich ohne unsere Mitwirkung aus ganz unbedeutenden Anlässen allmählich entwickeln, so zu sagen beinahe dem Zufall unterworfen sind und sich demgemäß selbstverständlich unserer Prophylaxe entziehen. Ich will damit nicht sagen, dass unter Umständen dem operirenden Arzte nicht ein großer Antheil der Schuld beizumessen wäre, indessen sind doch diese Fälle den anderen gegenüber wohl ziemlich spärlich gesät. So wird es gemeiniglich als ein unverschuldetes Unglück angesehen werden können, wenn durch einen der Laparotomie folgenden Darmverschluss die jüngst Operirte, die sonst unter guten Auspicien stand, in kürzester Zeit beinahe unwiderruflich dahingerafft wird. Wie die berüchtigte und ominöse Duplicität der Fälle manchmal ihr unangenehmes Spiel treibt, so habe auch ich in kurzer Zeit 2 auf einander folgende Ovariotomien, die in der hiesigen gynäkologischen Klinik zur Ausführung kamen, durch Achsendrehung des Darmes ein schlechtes Ende nehmen sehen. Die erste Kranke wurde von Bumm, der mich zur Assistenz genommen hatte, operirt und ging nach einigen Tagen unter den Erscheinungen des Ileus zu Grunde. Die Sektion ergab eine Anlöthung des wegen einer Blutung resecirten Netzes an eine Dünndarmschlinge und daraus entstandenem Volvulus etwas oberhalb der verlötheten Stelle. Das resecirte Netz hatte sich mit seinem Wundrande nach innen umgeschlagen.

Der hier zu besprechende zweite Fall wurde am 5. Januar dieses Jahres von mir wegen eines Cystosarkom des linken Ovarium der Ovariotomie unterworfen. Da die Einzelheiten der Operation nicht interessiren, so beschränke ich mich in der Mittheilung auf das Wesentlichste und Nothwendigste.

Ein 29jähriges Mädchen, beträchtlich abgemagert und heruntergekommen, will im Sommer eine beginnende Ausdehnung des Unterleibes bemerkt haben. Sie selbst hielt sich für schwanger, namentlich desshalb, weil seit September die Menses cessirt hatten. Die Untersuchung ergab eine hochgradige, durch Ascites bewirkte Ausdehnung des Abdomen. Durch den Ascites hindurch ließ sich eine in der Mitte liegende harte, solide, ziemlich unbewegliche, bis zum Nabel hinaufreichende Geschwulst palpiren. Die Vaginalportion war durch einen hinter ihr liegenden, das kleine Becken vollkommen ausfüllenden und das hintere Scheidengewölbe stark herunterdrängenden Tumor dicht an die Symphyse herangeschoben. Nachdem der Ascites durch Punktion entleert worden war, ergab sich, dass die in die Bauchhöhle hinaufragende Geschwulst eine zweihörnige Gestalt besaß und in der Gegend des Nabels eine tiefe, mediäre, sattelförmige Einsenkung zeigte, zugleich mit dem in der Beckenhöhle befindlichen Tumor ein zusammenhängendes Ganzes bildete. Vom Uterus war nichts zu finden. Die Diagnose wurde auf Myoma uteri gestellt und die supravaginale Uterusamputation beschlossen. Nach der Eröffnung der Peritonealhöhle und der Luxation der großen Geschwulst indessen zeigte sich der an der vorderen Wand derselben eingebettete und eng mit derselben verwachsene Uterus, und es wurde rasch erkannt, dass es sich um eine ziemlich solide Neubildung des linken Ovarium handele, die sich nach späterer mikroskopischer Untersuchung als ein Cystosarkom desselben entpuppte. Die Trennung der Adhäsionen und die Entfernung des Tumor machte weiter keine Schwierigkeiten. In der Peritonealhöhle schwammen in dem schon wieder angesammelten Ascites zahlreiche größere und kleinere Fibringerinnsel umher, die theilweise mit dem Peritoneum leichte Verklebungen eingegangen waren, indessen wegen ihrer außerordentlichen Menge und Verbreitung bis zur und über die Leber hinaus nicht vollständig entfernt werden konnten. Auffallend war mir beim Schluss der Bauchwunde, dass das Netz von einer so merkwürdigen Kürze war, dass es zur Bedeckung der Darmschlingen keineswegs ausreichte, im Gegentheil die Intestina im Bereiche der Wunde so ziemlich frei ließ.

Das Befinden der Pat. war bei normaler Temperatur und normalem Puls bis zum Abend des zweiten Tages ein vorzügliches, als sich unter zunehmender Frequenz des kleiner werdenden Pulses ohne Zunahme der Temperatur zuerst Singultus und später Erbrechen einstellte. Diese Erscheinungen nahmen mit eintretendem Verfall der Gesichtszüge am Morgen des dritten Tages zu, unter allmählicher Steigerung der Temperatur bis zu 38,5°. Die Diagnose auf Abklemmung und Impermeabilität des Darmes konnte mit Sicherheit gestellt werden und veranlasste mich zur Wiedereröffnung der Bauchhöhle und eventuellen Beseitigung des Verschlusses des Darmrohres auf operativem Wege. Ich hoffte, da die Erscheinungen des Volvulus noch nicht einmal 24 Stunden alt waren, durch schleuniges Vorgehen den wenigen bis jetzt gewonnenen guten Resultaten von Olshausen und Hegar einen neuen Frfolg hinzufügen zu können. Nach der Trennung der gut verklebten Bauchwunde fiel sofort eine Verklebung einer Dünndarmschlinge mit dem linken Peritonealwundrande in die Augen; oberhalb dieser Stelle war der Darm stark gebläht, unterhalb derselben zusammengefallen. Die Verklebung wurde leicht gelöst, der um seine Achse gedrehte und abgeknickte Darm glatt gestrichen, das aufgestaute Darmcontentum mechanisch über die Atresie hinweggebracht, eine gleichmäßige Füllung der afficirten Partie herbeigeführt und diese selbst aus dem Bereich der Wunde entfernt und gestreckt gelegt. Leider erwies sich die gesammte Darmserosa stark injicirt, die einzelnen Darmschlingen zeigten frische Verklebungen, und aus dem Douglas ließ sich eine Quantität einer trüben, schmutzig bräunlich gefärbten Flüssigkeit durch Gazebäusche aufsaugen. In den nächsten Stunden bestand vollständige Euphorie ohne Erbrechen bei normaler Temperatur, aber beschleunigtem Puls. Die Durchgängigkeit des Darmes wurde auch am anderen Tage noch bewiesen durch häufigen Abgang von Flatus. Jedoch unter zunehmender Herzschwäche und unter Zunahme der Temperatur trat am anderen Tage ein Collapszustand ein, dem der Exitus letalis 28 Stunden nach der Wiedereröffnung ein Ziel setzte.

Gleich nach eingetretenem Tode wurde durch eine im unteren Wundwinkel angelegte Öffnung von dem im Douglas'schen Raum befindlichen Sekret auf Agar-Agar übergeimpft; es entwickelten sich indessen keine Kulturen pathogener Mikrokokken.

Es wäre nun natürlich von dem höchsten Interesse, die Ursache festzustellen, welche in diesem unglücklich abgelaufenen Falle die Verwachsung und die Achsendrehung des Darmes bewirkt hat; nur dann würden wir für die Zukunft eine Fehlerquelle weniger zu vermeiden haben.

In erster Linie könnte man dem zur Austupfung der Peritonealhöhle zur Verwendung kommenden Material, der mit Sublimat und Kochsalz nach Maas imprägnirten Krüllgaze, den Vorwurf einer zu starken Reizung des Peritoneum machen. Ich möchte diesen Vorwurf gern aus dem Grunde zurückweisen, als meine übrigen 17 Ovariotomien, mit derselben Sublimatgaze behandelt, einen vollkommen glatten Heilungsverlauf durchmachten, und ich nie etwas von einer derartigen Reizung durch die Sublimatgaze bei meinen Operationen gesehen habe. Es ist ja wahrscheinlich, dass einfach sterilisirte Gaze vollständig für die Reinigung der Bauchhöhle ausreichen würde, sicherer erscheint mir indessen die Sublimatgaze, falls sie die vorhin erwogenen schädlichen Eigenschaften nicht besitzt — und davon ist noch nichts erwiesen. An zweiter Stelle werden wir uns die Frage vorzulegen haben, ob die Adhäsion mit Volvulus das Primäre, und die Peritonitis aus dieser hervorgegangen ist, oder ob nicht das kausale Verhältnis ein umgekehrtes gewesen sein kann, namentlich da die in der Bauchhöhle zurückgebliebenen Fibringerinnsel, die Produkte einer überstandenen Peritonitis, von Neuem eine solche hervorzurufen im Stande gewesen wären. Ich kann an die primäre Peritonitis, welche die Adhäsionen erst bewirkt haben soll, aus verschiedenen Gründen nicht recht glauben. Die ersten Symptome einer Darmabklemmung traten am Abend des zweiten Tages nach vollkommener bisheriger Euphorie ganz rein auf und steigerten sich in der Nacht und am folgenden Morgen durch den auf die Darmserosa ausgeübten Reiz und durch allmählich intensiver werdende Betheiligung dieser. Wollten wir die

Peritonitis als das ursächliche Moment ansehen, so könnten wir nur eine septische Peritonitis annehmen, entstanden entweder aus einer Mangelhaftigkeit unserer Desinfektion oder hervorgegangen aus den Residuen der früheren, überstandenen Bauchfellentzündung. Diese septische Peritonitis müsste erstens bald nach der Operation ihre Symptome entfaltet haben, wir hätten zweitens höchst wahrscheinlich durch unsere Impfung Kulturen pathogener Kokken erhalten, und wir würden drittens durch den Sektionsbefund die Aufklärung über die septische Natur der Peritonitis gewonnen haben. In der Leiche war von septischen Entzündungen auch nicht die Spur zu finden.

Da eine Vernähung des Darmes mit der Bauchwunde oder ein sonstiger Kunstfehler des Operateurs ebenfalls nicht vorlag, so bleibt mir nur noch ein Moment bezüglich der Genese des traurigen Ereignisses übrig, und das ist die Kürze des Netzes und die dadurch bewirkte Annäherung des Darmes an die Peritonealwunde. Für diese Auffassung spricht auch der Bumm'sche Fall, der die Verklebung des Darmes mit der Wunde des resecirten Netzes in die Augen springend darbot. In meinem Falle sah ich ebenfalls ganz deutlich, wie die betreffende Darmschlinge hart am Peritonealwundrande die Verwachsung eingegangen war, dass es sich also zuerst um weiter nichts gehandelt hat, als um eine zufällig zu Stande gekommene, sonst ja ganz gewöhnliche Wundverklebung. Es geht daraus für mich wiederum die eminente Gefahr kleiner, in der Peritonealhöhle zurückgelassener Wundflächen, namentlich solcher, die mit dem Darm in Berührung zu kommen die Gelegenheit haben, hervor, und ich würde in Zukunft, namentlich dann, wenn das Netz zur Bedeckung der Intestina nicht ausreicht, höchst sorgfältig die Peritonealwunde durch eine solche Anzahl von Nähten heften, dass in den Zwischenräumen keine Veranlassung zu einem etwaigen Klaffen gegeben werden könnte. Aber auch in so fern ist der Fall für mich von Interesse gewesen, als ich gesehen habe, dass durch einen möglichst frühzeitigen operativen Eingriff eine dauernde Beseitigung der Darmocclusionen bewerkstelligt werden kann.

IV. Ein hygienisches Beinkleid für Frauen.

Von

Dr. J. Grofsmann, Berlin.

Es sind in den letzten Jahren wiederholt »Menstruationsbinden« empfohlen worden, deren Zweck die Reinhaltung der äußeren Genitalien während der Menstruation war.

Dass Fäulnis in dem ausfließenden Blute vor sich geht, dass diese Fäulnis nach oben steigt und zu infektiösen Katarrhen führen kann, dürfte nicht zu leugnen sein, und ist besonders von B. S. Schultze hervorgehoben.

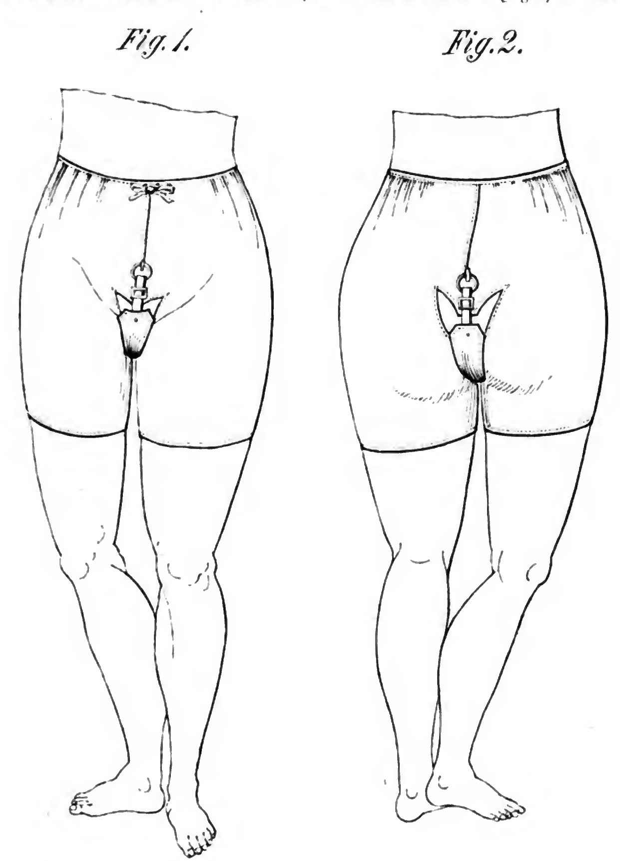
Andererseits hat auch die Warmhaltung des Leibes während der Menstruation eine große Bedeutung.

Und zuletzt ist es gewiss, namentlich bei starker Menstruation jeder sauberen Frau angenehm, in der in Rede stehenden Methode sich so sauber als möglich zu halten. Die bisher beschriebenen Binden hatten eine große Anzahl von Mängeln, auf welche ich hier nicht eingehen will. Ich beschränke mich darauf, eine von mir konstruirte Bandage zu beschreiben, welche thatsächlich allen Anforderungen, die man an eine Menstruationsbinde stellen muss, in hohem Maße gerecht wird.

Mein »hygienisches Beinkleid für Frauen« hält den ganzen weiblichen Unterkörper wirklich warm, während es zugleich den Schweiß aufsaugt, wodurch das so häufige Wundwerden der Frauen verhütet wird. Es gestattet einen sehr schnellen und bequemen Verbandwechsel, es verhindert, selbst rein bleibend, sicher eine Durchnässung mit Blut und Sekreten, während es diese selbst ausreichend desinficirt. Es genirt die Trägerin weder beim Gehen, Liegen, Stehen oder Sitzen, noch irgend wie bei der Toilette, verleiht vielmehr der Trägerin bei Erfüllung ihrer gesellschaftlichen Verpflichtungen das Gefühl angenehmer Sicherheit. In seiner äußeren Gestalt schont es das ästhetische Gefühl der Frauen und ist last not

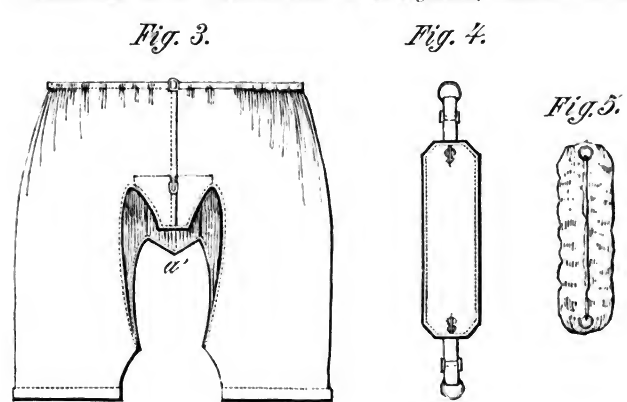
kast trotz seiner eleganten Ausstattung so billig, dass selbst weniger Bemittelte es sich anschaffen können.

Meine Bandage besteht aus einem in der Taille zu knüpfenden, einer Badehose ähnlichen Beinkleid aus Baumwoll-, Woll- oder Seidentrikot (Fig. 3) und aus



einer Pelotte aus zwei auf einander gesteppten Streifen von feinem, sehr weichem rothen Gummituch (Fig. 4), auf welcher mittels kleiner Mechaniques ein mit kleinen Metallringen versehenes antiseptisches Gazekissen (Fig. 5), gefüllt mit Sublimatholzwollwatte resp. einem anderen antiseptischen Verbandstoff, so befestigt wird, dass es zugleich die eben erwähnten Mechaniques deckt. Die Pelotte trägt an

beiden Enden je einen Streifen ziemlich breiten seidenen Gummibandes. Diese Streifen sind behufs beliebiger Verlängerung resp. Verkürzung mit einer einfachen Schiebervorrichtung versehen und außerdem mit je einem Metallring armirt, vermittels derer die ganze Pelotte mit dem aufsaugenden Kissen in zwei dem Beinkleid vorn und hinten aufgenähte Mechaniques eingehängt wird. Diese lassen sich erforderlichenfalls mit wenigen Stichen leicht nach oben oder unten versetzen. Die Mechaniques des Beinkleides und der Pelotte sind übrigens dieselben federnden Haken, wie sie seit einiger Zeit an Handschuhen gebräuchlich sind. Das Beinkleid lässt sich gut waschen, die Pelotte mit Schwamm und Seife leicht reinigen. Es erübrigt sich nun nur noch, auf den eigenthümlich konstruirten Schlitz für die Genitalien bei dem Beinkleide aufmerksam zu machen. Er ist es, der den etwaigen Einwand, dass die Idee, zu einer Frauenbandage eine Schwimmhose heranzuziehen, nicht neu ist, wirksam parirt. Denn wohl alle früheren derartigen Versuche sind noch an dem Schlitz gescheitert, der besonders bei elastischen Geweben die große Neigung hat, sich in die Länge zu ziehen und die Genitalien zu verlegen. Diesem Übelstande habe ich in überaus einfacher Weise abgeholfen, indem ich in die



Schlitzenden Zwickel aus doppeltem Stoff, auf der Rückseite breiter als vorn (Fig. 3 *a'*) einsetzen ließ. Diese, weniger elastisch, als das übrige Beinkleid, bilden bei Dehnung desselben in ihm sogenannte »puncta fixa«, »todte Punkte«, und bewirken, dass sich nunmehr der Schlitz nicht nur nicht in die Länge verziehen kann, sondern vielmehr, je mehr das Beinkleid beim Anziehen geweitet wird, selbst nur immer weiter und breiter wird. So ist nicht nur für die Pelotte genügend freier Spielraum geschaffen, sondern auch einer Durchnässung des Beinkleides selbst sicher vorgebeugt. Der Schlitz kann nunmehr auch der Trägerin des Beinkleides bei keiner Bewegung, nicht einmal beim Spreitzen der Beine, auch nicht beim Liegen oder Sitzen, besonders aber bei Urese und Defäkation in keiner Weise hinderlich sein. Dieser letztere Umstand ist gewiss ein nicht hoch genug zu veranschlagender Vorzug, der nur noch übertroffen wird durch den, wie aus obiger Beschreibung leicht ersichtlich ist, äußerst schnell, in wenigen Sekunden, dabei äußerst bequem sich vollziehenden Verbandwechsel.

Hoffentlich gelingt es so meinem »hygienischen Beinkleid für Frauen« schon in seiner Eigenschaft als Menstruationsbinde sich den Beifall der Herren Kollegen, wie der Frauen selbst zu erringen. Indess ist seine Indikation mit der Menstruation noch lange nicht erschöpft. Weitere Indikationen bilden leicht begreiflicherweise das

Puerperium, die Hypersekretionen der weiblichen Genitalien und hier ganz besonders die gonorrhoischen Ursprungs. Ferner Dank des so schnell möglichen Verbandwechsels die Blasenscheidenfisteln mit consecutivem Harnträufeln.

Tritt weiter an die Stelle des aufsaugenden Kissens ein Luftkissen aus dünnem Paragummi, oder wird, wie Herr Dr. Ernst Fränkel (Breslau) mir gegenüber privatim vorschlug, die Pelotte mit einer »Breisky'schen Kugel« verbunden, so haben wir eine, wie ich glaube, recht zweckmäßige Prolapsbandage.

Auch bei kleineren Operationen an der Vulva und bei der Dammplastik scheint meine Bandage berufen zu sein, eine nicht zu unterschätzende Rolle zu spielen. Für diese Fälle dürfte sich eine andere Modifikation der Pelotte empfehlen, bei der anstatt der federnden Haken zwei kleine Klemmmechaniques angebracht sind, in die man einfach eine Kompresse aus irgend einem Verbandstoff, oder einen Wattebausch, feucht oder trocken in einem Augenblick einklemmt. Wird nunmehr die Pelotte an das Beinkleid wie oben befestigt, so haben wir wiederum einen schnell und bequem zu wechselnden, sicher liegenden Beckenverband[1].

Und so glaube ich mein »hygienisches Beinkleid für Frauen« getrost der Beurtheilung der Herren Kollegen übergeben zu dürfen. Hoffentlich gelingt es ihm, sich ihren Beifall in demselben Maße zu gewinnen, wie es ihn bei einer Reihe unserer hervorragendsten Gynäkologen, denen es zu privater Begutachtung unterbreitet war, bereits gefunden hat. Ich nenne hier nur die Herren Proff. Gusserow, Olshausen, Werth, Fritsch, ferner die Herren DDr. Martin, Löhlein, Jaquet, E. Fränkel u. A. m. Ich kann nicht umhin, allen diesen genannten und ungenannten Herren für das liebenswürdige Wohlwollen und die Förderung, die sie meiner Erfindung haben zu Theil werden lassen, an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank abzustatten.

---

1) **Hartmann.** Über die Ätiologie von Erysipel und Puerperalfieber.

Inaug.-Diss., München, 1887.

Die vorliegende Arbeit hat für den Geburtshelfer vorzugsweise desswegen ein hohes Interesse, weil sie die Winckel'sche Anschauung, dass die Erysipelkokken im Stande sind, Puerperalfieber hervorzurufen, gegenüber dem negirenden Standpunkt Gusserow's zu stützen sucht.

Sie zerfällt in 3 Theile: I. Aufsuchung der Erysipelmikrokokken in den Körpergeweben, II. Übertragungsversuche der Reinkulturen, III. Wachsthumsverhältnisse der Erysipelkokken.

I. Nach Verf. ist der Begriff des Erysipels ein weiterer, als man bisher angenommen hat. Er unterscheidet:

1) Rothlauferkrankungen, bei denen der pathologische Process mit einer entzündlichen Alteration der Haut und der Schleimhäute sich kundgiebt und mit charakteristischen klinischen Symptomen sich abspielt, und

2) eine Erysipelinfusion, welche, ohne die Deckgewebe des menschlichen Körpers zu befallen, vorwiegend pathologische Veränderungen in den inneren Organen setzt. Als Repräsentant dieser Gruppe führt H. 3 Fälle von Puerperalfieber an, die er daher als »Erysipelas puerperale internum« bezeichnet.

---

[1] Die Binde wird von der Firma Gumbrecht und Prokasky, Berlin N. Oranienburgerstraße 75 angefertigt und ist zum Patent angemeldet.

Diesen beiden Gruppen fügt er noch 3) die Reihe von Fällen an, wobei das Erysipel eine Komplikation mit anderen akuten Infektionskrankheiten bildet.

Er untersuchte von bakteriologischem Standpunkte 4 Fälle von Hauterysipel und fand stets Kokken, die ihm den Fehleisen'schen Kettenkokken identisch erschienen. Einer der Fälle, der tödlich verlief, gab auch Gelegenheit zur Untersuchung des Blutes der Leiche 4 Stunden post mortem und zur Untersuchung der übrigen Organe nach vollendeter Sektion.

Zu den »inneren Erysipelen« rechnet Verf. Fälle von Puerperalfieber (3) und eine »spontane mykotische Peritonitis«, von der leider nur das Sektionsprotokoll mitgetheilt ist und von welcher hervorzuheben ist, dass das peritonitische Exsudat ein eitriges war. Von den Puerperalfällen bestand der eine nur in dem Auftreten eines Glutaealabscesses 14 Tage nach der Entbindung im Anschluss an eine spätpuerperale Parametritis derselben Seite mit dem Ausgang in Heilung. Die in Plattenkulturen zur Aussaat gebrachten Eitermengen des Abscesses ergaben das Vorhandensein von ausschließlich Erysipelmikrococcus. Die beiden anderen Fälle waren ausgebildete tödlich verlaufende Puerperalfieberfälle, der eine Fall als lymphatische Form (Geschwüre an der Vulva und den Muttermundslippen, Endometritis, diffuse Perimetritis, Peritonitis, Pleuritis, Tod am 14. Tage post partum), der andere als thrombophlebitische (ohne Peritonitis, aber mit metastatischen Herden in der Lunge). Von dem erstgenannten Fall wurden $4^1/_4$ Stunden post mortem von Herzblut und peritonealem Exsudat Proben auf Gelatine verimpft, von denen aus sich schon nach 24 Stunden Kolonien entwickelten, die nach Verf. mit den Fehleisen'schen Erysipelkokkenkolonien übereinstimmten und den gleichen mikroskopischen Befund darboten. Von allen Organen wurden unter Kautelen, die eine Verunreinigung derselben während der Sektion mit Erysipel- oder anderen Keimen auszuschließen bestimmt waren, Stückchen aus den Centren derselben entnommen und auf Plattenkulturen verimpft. Auch hier entwickelte sich fast ausschließlich der Fehleisen'sche Kettencoccus und zwar am meisten von der Milz, dann von Lunge, Leber und Niere, am wenigsten von Herz, Uterus und Gehirn. Die mikroskopische Untersuchung ergab im Wesentlichen trübe Schwellung der Organe und Anwesenheit der genannten Kokken sowohl frei im Blut, als innerhalb des Gewebes in Ketten und bei größerer Massenhaftigkeit auch in Haufen. Eben so keimten von dem zweitgenannten Fall von Puerperalfieber aus Milz, Niere und Leber Erysipelkokken, während natürlich aus den durch Metastase entstandenen Jaucheherden der Lunge vorzugsweise Fäulnis- und nur wenig Erysipelkokken wuchsen.

Als Komplikation bei anderen Infektionskrankheiten fand Verf. in 3 Fällen von Typhus mit Gesichtserysipel in den Organen ausschließlich Erysipelkokken, in einem Fall von Scharlach mit Diphtherie und in 3 Fällen von Diphtherie neben anderen Mikroben die

Erysipelkokken, die er als durch sekundäre Infektion hineingekommen erachtet.

Die Untersuchungsergebnisse fasst H. zusammen in 8 Sätzen:

1) Die Erysipelmikrokokken finden sich nicht allein, wie bisher angenommen, in den Lymphspalten und -gefäßen der Cutis, sondern auch in denen der Schleimhäute des oberen Theiles des Darmtractus und in denen der Respirationsorgane. Auch in den Lymphbahnen der Schleimhaut der weiblichen Genitalien, namentlich im Puerperium kommen sie vor und werden auch von den offenen Blutgefäßen des Uterus in den Blutkreislauf aufgenommen.

2) Das oberflächliche (kutane) und das tiefe (phlegmonöse) Erysipel sind durch dieselben Bakterien verursacht.

3) Die Erysipelmikrokokken vermögen in die Blutbahn überzutreten, sind daher nicht bloß in dem Integumentgewebe, sondern in gewissen Fällen auch in den inneren Organen nachzuweisen.

4) In manchen Fällen von Erysipel erfolgt der Tod durch Allgemeininfektion mit Erysipelvirus, nicht durch Ptomainenwirkung.

5) Die Erysipelmikrokokken verursachen im Zellgewebe der Haut niemals Eiterung, auch in den inneren Organen nicht metastatische Abscessbildung, wohl aber vermögen sie auf lymphgefäßreichen Gebilden und in zum Lymphgefäßapparate gehörigen Organen (Lymphdrüsen) pyogene Eigenschaften zu entfalten.

6) Gewisse Formen von Puerperalfieber stehen mit der Erysipelinfektion der Genitalschleimhaut in innigstem Zusammenhang und sind nicht auf septische Infektion zurückzuführen.

7) Erysipel zeigt große Neigung, sich mit anderen akuten Infektionskrankheiten, wie Typhus, Diphtherie und Scharlach zu kompliciren.

8) Die Zahl der Erysipelerkrankungen ist eine größere, als bisher angenommen: erysipelatöse Natur der spontanen Peritonitis, manche Formen von Puerperalfieber, Erysipel häufig bei Diphtherie und Scharlach.

II. Zahlreiche auf die verschiedenste Art und Weise vorgenommene Übertragungsversuche der Reinkulturen auf Thiere sowohl von den Hauterysipel-, als von den Puerperalfieberkokken, so wie auch von den bei den übrigen oben angeführten erysipelatösen Krankheiten gewonnenen Kettenkokken ergaben dem Verf. die übereinstimmenden Resultate, dass es stets gelang, der menschlichen Erkrankung durchaus homologe Krankheitssymptome und pathologische Veränderungen bei den Versuchsthieren zu erzeugen, während bei Kontrollversuchen mit Streptococcus pyogenes sich nur eine sehr geringe infektiöse Wirkung ergab. Stets starben Mäuse bei fortschreitenden subkutanen Ödemen an Allgemeininfektion, Kaninchen erhielten Lokalerysipele, ohne zu sterben, außer bei großen in die Bauchhöhle gebrachten Dosen und bei intravenöser Infektion, wobei typische eitrige Gelenkentzündungen auftraten. Meerschweinchen verhielten sich refraktär, Ratten zwar empfänglich, doch ohne zu sterben.

Der III. Abschnitt giebt eine genaue Beschreibung der Entwicklung und Wuchsformen der Erysipelkokken auf den verschiedensten festen und flüssigen Nährböden, ihrer Entwicklungsfähigkeit in Kulturen und nach der Eintrocknung in Seidenfäden und ihres Verhaltens verschiedenen Temperaturen und chemischen Reagentien gegenüber. In Betreff der Einzelheiten dieses Abschnittes muss auf die sehr ausführliche Arbeit selbst hingewiesen werden. Nur Einiges möchte Ref. hervorheben: Verf. glaubt an eine ziemlich nahe Verwandtschaft zwischen Erysipel- und Eiterkettencoccus.

Die Entwicklung der Erysipelkultur beginnt auf den verschiedenen Nährssubstraten nach 12—30 Stunden und beansprucht bis zum Ende der Entwicklung 5—7 Tage, um alsdann nach 5—7 Wochen zu Grunde zu gehen, während die Kokken, im lufttrocknen Zustande aufbewahrt, sich 8 Monate hielten.

Das Wachsthum der Kokken ist am raschesten bei 24° C., am üppigsten bei 35—39° C. und erlischt erst bei 42,5° C.

Die äußersten Temperaturgrenzen, denen gegenüber die Mikroben sich resistent verhalten, sind für die feuchten Kulturen —12 und +43° C. und für die trockenen —18 und +42° C.

Sublimat 1‰ und koncentrirter Liq. ferri sesquichlorati tödten die Kokken im Nährboden, Liq. ferri wirkt jedoch wegen Coagulationsbildung auf erkranktem Gewebe nur oberflächlich und vermag daher den Krankheitsprocess an sich nicht aufzuhalten.

Zum Schluss sei noch einmal hervorgehoben, dass H. auf Grund seiner Untersuchungen die Entstehung von Puerperalfieber in Folge Erysipelinfektion für gewisse Fälle für erwiesen hält. (Ob der von H. beschriebene Kettencoccus wirklich mit dem Fehleisen'schen Erysipelcoccus identisch ist, werden weitere Arbeiten feststellen müssen. Immerhin erscheint die vorliegende überaus sorgfältige Schrift in jeder Beziehung beachtenswerth. Ref.) **Pfannenstiel** (Breslau).

---

2) **Sänger.** Die Rückbildung der Muscularis des puerperalen Uterus.

(Sonderabdruck aus »Beiträge zur patholog. Anatomie und klin. Medicin.« Festschrift für E. Leberecht Wagner.)

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1887.

Die Erwägung, ob nach dem Kaiserschnitte die Uteruswunde in Anbetracht der puerperalen Rückbildungsvorgänge per primam intentionem heilen könne, veranlasste S., diese Rückbildungsvorgänge genauer zu studiren. Das Ergebnis dieser Studien besteht in der Hauptsache darin, dass S., entgegen den Lehren Heschl's und Kölliker's, von denen Ersterer den vollständigen, Letzterer den theilweisen Untergang der Muskulatur des puerperalen Uterus angenommen hatte, sich Luschka und Robin anschließt, nach deren Ansicht kein Untergang von Muskelfasern stattfindet, sondern die Muskelfasern während der Involutionsperiode stetig an Länge und Breite abnehmen,

bis sie endlich zur Norm zurückgekehrt sind. Die fettige Degeneration des Parenchyms der Muskelfasern hat nur die Bedeutung innerer Stoffwechselvorgänge (paratrophische Vorgänge). Dieselben heben die Proliferationsfähigkeit der Muskelspindeln nicht auf, sondern gestatten die Wundheilung eben so leicht, wie jede andere glatte Muskelwunde. Niemals findet man Fettdetritus außerhalb der Muskelfasern, die Verbrennung der Fettmoleküle erfolgt daher nur innerhalb der Zelle selbst; eine Art Lipämie, die nach Olshausen die Ursache der puerperalen Pulsverlangsamung sein sollte, kommt demnach im Wochenbette nicht vor. Interessant ist, dass S. in einem Falle von Gebärunmöglichkeit (Schwangerschaft im rudimentären Horn eines Uterus bicornis) die Muskelfasern des amputirten Hornes vollständig zurückgebildet, d. h. eben klein, wie am Ende der Involutionsperiode fand; es beginnt also bei Absterben der Frucht die Rückbildung des Uterus noch vor erfolgter Geburt der letzteren. In der Schwangerschaft (etwa) neugebildete Muskelfasern müssen nach Maßgabe ihres bei der Geburt erreichten Entwicklungsgrades der gleichen puerperalen Paratrophie oder Involution unterliegen; einer ähnlichen Rückbildung seiner zelligen und fibrillären Elemente verfällt auch das intermuskuläre Bindegewebe, spielt also keinerlei aktive Rolle, wie Meola behauptete, nach dessen Ansicht eine Hypertrophie des intermuskulären Bindegewebes zu einer Atrophie der Muskelfasern (Granularatrophie) im Puerperium führe. Die Atrophia uteri post partum (Superinvolutio uteri) ist bedingt durch abnorm starke Reduktion der Muskelfasern und des intermuskulären Bindegewebes neben einer vielleicht die Grundursache abgebenden Anämie des Uterus, der Sexualorgane oder des ganzen Körpers.

Bemerkt sei noch, dass S.'s Untersuchungen fast ausschließlich an Spirituspräparaten gemacht und dass nicht Schnittpräparate, sondern isolirte Muskelfasern (durch Maceration in 30%iger Salpetersäure) zur Untersuchung benutzt wurden. **Wiener** (Breslau).

---

3) **Coen.** Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie der Milchdrüse.

(Beiträge zur pathol. Anat. u. Phys. von Ziegler und Nauwerk Bd. II. Hft. 1. Jena 1887.)

Verf.s Untersuchungen über die indirekte Kerntheilung an den Epithelien der Milchdrüse beziehen sich auf Mammae, welche keine Milch secerniren, auf Milchdrüsen am Ende der Gravidität und auf solche während der Laktationsperiode. In der nicht secernirenden Mamma des Meerschweinchens fehlten die Kerntheilungsfiguren an den Epithelien fast immer. In den Acinis konstatirte Verf. eine Schicht von kubischen Epithelzellen und in dem Bindegewebe zwischen den Lobulis, um die Acini und die Ausführungsgänge herum zahlreiche Mastzellen. In dem Euter einer Kuh, welche längere Zeit nicht gemolken war, waren nirgends in den Epithelzellen Mitosen

nachzuweisen, wohl aber fanden sich in dem interlobulären Bindegewebe Mastzellen vor. Bei einer Mamma am Ende der Schwangerschaft (das betreffende 18jährige Mädchen starb an einer Mastitis septica der rechten Mamma, die linke wurde untersucht) waren keine makro- und mikroskopischen Veränderungen nachzuweisen. Anders verhält es sich mit der Milchdrüse während der Laktationsperiode. Die Acini sind vergrößert, zahlreich und nur von wenigem Bindegewebe umgeben. Die Zellen besitzen einen großen Kern oder manchmal zwei Kerne mit zahlreichen Nucleolen. Einige Acini besitzen mehrere Epithelschichten, andere wiederum sind völlig mit kubischen Epithelien ausgefüllt. In vielen Milchzellen sieht man karyokinetische Figuren. Indirekte Kerntheilung konstatirte Verf. in den Cylinderzellen der Ausführungsgänge. Auch das spärliche Bindegewebe um die Acini zeigt an seinen Zellen zahlreiche Mitosen und mehrkernige Leukocyten. Die letzteren finden sich ebenfalls in dem Lumen der Acini und der Milchgänge. In einem Falle von Mastitis phlegmonosa am Ende der Schwangerschaft fand Verf. in dem interlobulären Bindegewebe, um die kleinen Gefäße und Kapillaren herum mehrkernige Leukocyten und ein ungeformtes Exsudat. Die Blutgefäße waren dilatirt, prall mit Blut gefüllt. In den Endothelien der Kapillaren sah man einzelne vergrößerte chromatinreiche Kerne. Die Zellen der Acini waren bald mit Fetttropfen durchsetzt, bald hatten sie einen großen Kern oder karyokinetische Anordnung.

Interessant sind die bis dato noch nicht untersuchten Regenerationsprocesse an der Milchdrüse nach traumatischen Eingriffen. Schon 28 Stunden nach der Verletzung entsteht an der Stelle der Verletzung ein Entzündungsprocess, der sich auf die ganze Drüse verbreitet. Die Endothelien der Blutgefäße haben schon einen vergrößerten Kern und sind in Mitose begriffen. Die Karyokinese nimmt mit jedem Tage zu und findet sowohl an den Gefäßendothelien, als auch an den Bindegewebszellen statt. Vom 5. Tage ab fängt das Exsudat sich zu resorbiren an und um die Wunde herum bildet sich als Ersatz neues Keimgewebe. Die neugebildeten Zellen zeigen indirekte Kerntheilungsfiguren. Verf. nimmt an, dass sie von den Gefäßendothelien oder den Bindegewebszellen abstammen. Allmählich entstehen in dem neuen Gewebe zahlreiche Kapillaren. An den Epithelzellen der Acini und der Ausführungsgänge ist 28 Stunden nach der Verletzung Vermehrung der nucleären Chromatinsubstanz und starke Karyokinese zu sehen. Vom 9. Tage ab wird die Proliferation der Epithelzellen sehr stark, in den Milchgängen finden sich neugebildete Epithelzellen. Bei jedem Regenerationsprocesse an der Milchdrüse fand Verf. ebenfalls zahlreiche Mastzellen. Dieselben sind aber stets, sei es im normalen oder pathologischen Zustande, in der Milchdrüse anzutreffen.

Verf. nimmt auf Grund seiner Untersuchungen an, dass die Epithelzellen während der Milchsekretion proliferiren, dass aber

gleichzeitig eine Abstoßung anderer Epithelien stattfindet, deren Protoplasma und Kern später fettig degenerirt. Auf diese Weise entstehen die Colostrumkörperchen und die Milchkügelchen. Die Regeneration der Drüse nach einem Trauma erfolgt durch indirekte Kern- und Zelltheilung. **v. Święcicki** (Posen).

Kasuistik.

4) Verhandlungen der gynäkologischen Gesellschaft zu Chicago.

Sitzung am 27. Mai 1887.

Byford zeigt die Beckeneingeweide eines Kindes von 3 Tagen vor, um die Lage des Uterus zu demonstriren. Der Cervix liegt links von der Mittellinie, eine Lage, welche nach B. die normale auch später sein soll.

Parkes demonstrirt das Präparat einer Eierstockcyste mit Drehung des Stieles. Die ersten Symptome derselben waren Erbrechen, Schmerz, Ausdehnung des Leibes, hohe Temperatur. Das Präparat zeigt, dass eine starke Blutung in die Cyste stattgehabt hatte, über die Quelle derselben sind die Meinungen getheilt. Weiter zeigt er das Präparat eines weichen Myoms des Uterus vor, von der Größe des schwangeren Uterus im 7. Monat, welches er durch Laparotomie bei einer 30jährigen unverheiratheten Kranken entfernt hatte. Die Hauptindikation zur Operation bestand in dem Wunsch der Kranken, von dem Verdacht der Schwangerschaft befreit zu sein. Der Stiel wurde in die Klammer gefasst, mit dem Glüheisen stark verkohlt und versenkt. Glasdrain. Heilung mit einmaliger stärkerer Temperatursteigerung.

Franklin H. Martin spricht über Apostoli's Methode der Elektrolyse. Bringt nichts Neues, als dass er die Lage Thon auf Unterleib durch eine breite Elektrode ersetzt, welche mit einer thierischen Membran überzogen und mit warmem Wasser angefüllt ist. Seine Erfolge sind zufriedenstellend.

Earle hält einen Vortrag über eine Ursache und eine Behandlungsart des Puerperalfiebers. Die erstere liegt in Placenta- und Eihautresten, die letztere besteht in intra-uteriner Dusche und Curette.

Jaggard bemängelt die Indikationsstellung des Vorredners als sehr unbestimmt: Wenn Fieber eintritt, Dusche, und wenn letztere das Fieber nicht beseitigt, die Curette. Braun (Wien), auf den er Bezug genommen, habe sich viel präciser ausgesprochen. J. vergesse die Quelle der Infektion, welche in Verletzungen der Scheide, der Portio etc. liege, die jedenfalls häufiger wirke, als faulende Fetzen in einem wohl kontrahirten Uterus. Die Natur helfe sich selbst, und es sei schlechte Medicin, sogleich mit Dusche und Curette jede Temperatursteigerung zu beantworten. Ferner sei die Gefahr des Curettement des puerperalen Uterus nicht gering anzuschlagen und schließlich durchaus nicht einfach und leicht auszuführen.

Adolphus spricht sich für aktive Behandlung aus, während Sawyer warnt, den Vortrag nicht als Anregung zu einem zu aktiven Vorgehen zu betrachten. Das Curettement des puerperalen Uterus verlange Geschicklichkeit und Erfahrung und dürfe nicht Allgemeingut der Ärzte werden.

Byford warnt gleichfalls vor der Operation, besonders aber vor dem Gebrauch der Sims'schen stumpfen Curette, besonders wenn der Uterus nicht fest kontrahirt sei.

Sitzung am 24. Juni 1887.

Bartlett giebt einige Notizen über interessante geburtshilfliche Vorkommnisse, unter Anderem spricht er seine Verwunderung aus, dass die Frage immer noch nicht entschieden sei, ob Chinin ein Wehenmittel sei oder nicht, also bei Schwangeren Anwendung finden dürfe. In einem Falle von heftigen Blutungen diagnosticirte er leicht Placenta praevia. Zu seinem Erstaunen fand er beim Fortgang der Geburt, dass er sich getäuscht hatte. Was er für Placenta gehalten, war eine dicke Lage Vernix coseosa, welche den Scheidengang bedeckte.

Earle theilt seine Beobachtungen aus Chiara's geburtshilflicher Klinik in Florenz mit. Von besonderem Interesse ist die Mittheilung eines Falles von Kaiserschnitt, welcher nach der Sänger'schen Methode ausgeführt wurde. Das Bauchfell seitlich von der Incision $^1/_2$ cm breit losgelöst, die Uteruswand resecirt. Äußerst sorgfältig war die Naht, immer wieder wurden neue Nähte von der Haupthebamme durch das Bauchfell durchgelegt. Das Kind lebend, die Mutter genas ohne Zwischenfall.

Bayard Holmes. Bakteriologische Untersuchung eines extrauterinen Fötus. Die Operation war von der Scheide aus mit dem Paquelin und unter strengster Antisepsis gemacht worden. Der Fötus war seit etwa 2 Monaten abgestorben, zeigte sich frisch, doch etwas weich. Unter allen Kautelen wurden eine Anzahl Proben auf Blutserum ausgesäet. Die Probe, welche ein Stückchen Bauchhaut enthielt, zeigte nach 48 Stunden sich verflüssigt durch Bacillus subtilis bei offenbar zufälliger Verunreinigung, sämmtliche andere mit Stücken der verschiedensten Organe waren steril.

Sitzung am 15. Juli 1887.

Jaggard zeigt ein Ei, im 5. Schwangerschaftsmonat abgegangen, vor, welches vollständig unverletzt war.

Weston einen carcinomatösen Uterus, vaginal exstirpirt. Tod am 6. Tag an Septikämie.

Hoag spricht über die Wichtigkeit der äußeren Untersuchung in der Geburtshilfe. Dieselbe soll 1865 durch Tarnier in die Praxis eingeführt worden sein. (? Ref.)

In der Diskussion bemerkt Byford, dass die Wichtigkeit der Methode gar nicht hoch genug angeschlagen werden könne. Der ideale Zustand, den wir möglichst zu erreichen streben müssten, würde der sein, dass wir gänzlich die innere Untersuchung entbehren könnten. Dann würde Fieber im Wochenbett weniger häufig sein.

Etheridge spricht entschieden gegen die Methode. Ihm genüge sie nicht, die innere Untersuchung zurückzudrängen sei ein Rückschritt. Zu welchen Konsequenzen würde die Annahme der Theorie von Semmelweiß führen? Jeder Arzt, der eine Kranke an Puerperalfieber verliert, könnte dann gerichtlich belangt und ersatzpflichtig gemacht werden.

Jaggard wendet sich mit Energie gegen die antidiluvianischen Ansichten des Vorredners. Welches auch immer die Konsequenzen für den Arzt seien, das Wahre müsse stets durchdringen; so werde es auch die Theorie von Semmelweiß. In Dingen, welche das Leben der uns anvertrauten Frauen betreffe, müssten wir rigorös streng sein, einerlei, ob wir intolerant erscheinen oder nicht.

Etheridge wendet sich direkt an Jaggard mit der Frage, welches Votum er geben würde, wenn er als Experte in einem solchen Fall aufgerufen würde. Die Frage wird ausweichend beantwortet.

Earle theilt seine Beobachtungen und Eindrücke aus den Wiener Hospitälern mit, die theilweise sehr interessant sind, aber zu eingehend, um hier Stelle zu finden. Die Mittheilung, »Episiotomie wird häufig ausgeführt, um Einriss zu vermeiden«, ist wohl irrthümlich. Weiter, dass Kraniotomie viel häufiger, als in Amerika angewandt wird. Wenn bei Forceps nach mäßigem Ziehen der Kopf nicht vorrückt, so werde dieselbe bei Seite gelegt und Kraniotomie gemacht. **Engelmann** (Kreuznach).

5) **Leszynski** (Prof. für Nervenkrankheiten). Geisteskrankheit und Oophorektomie.

(New York med. journ. 1887. Juni 25. p. 707.)

L. wendet sich gegen die Sucht, Oophorektomien an geisteskranken oder nervenleidenden Frauen zu machen, ohne dass ganz bestimmte Anzeichen auf einen Ausgang der Krankheit von einer Ovarienerkrankung hindeuten. Es werden 2 Fälle mitgetheilt, in welchen die Operation gemacht wurde, wie es scheint, einmal von ihm selbst oder wenigstens unter seiner Zustimmung. In diesem Falle handelte

es sich um eine mit religiösen Wahnsinnvorstellungen Behaftete, welche ca. 5 Wochen in einem kataleptischen Zustande verharrte und dem Erschöpfungstode entgegenging. Wenn auch nach der Operation die Muskelstarre nachließ und die Psyche freier zu sein schien, so war sie bis zu ihrem in $3^1/_2$ Tag erfolgenden Tode doch durchaus nicht von ihren Wahnvorstellungen befreit.

Noch weniger war dies bei der zweiten Kranken der Fall, welche aber die von einem anderen Arzt gemachte Operation überlebte. **Lühe** (Demmin).

6) **J. W. Leonard** (Pittsburg, Pa.). Wandermilz: Splenektomie. Genesung.

(Med. news 1887. August 13.)

29jährige Frau, früher stets gesund, 7 Jahre verheirathet, 3 Aborte; 2 Monate vor dem 2. Aborte trat heftiges Bluterbrechen ein, 10 Tage danach ein zweiter Anfall; nach diesem Missfall beobachtete Pat. zuerst einen Tumor in abdomine. Seitdem bekam Pat. wiederholt Anfälle von Bluterbrechen, welchen ein allgemeines Übelbefinden von 1—2 Tagen Dauer vorausging. Die einzelnen Anfälle selbst traten ganz plötzlich ein und versetzten die Frau in den Zustand höchster Anämie.

Beim Eintritt in das Hospital bot Pat. das Bild vollständiger Anämie; ein Tumor nimmt die linke Regio iliaca ein und reicht bis zur Regio suprapubica, Dimensionen: 4 zu 5 Zoll, flache glatte Oberfläche, ist scharf abgrenzbar, halbfest in Konsistenz und außerordentlich beweglich; durch Lageveränderungen der Frau, wie durch die untersuchende Hand kann der Tumor in irgend einen Theil des Bauches gebracht werden.

Pat. giebt an, dass die Geschwulst vor einer Blutung bedeutend anschwillt und nach derselben abnimmt; völlige Abwesenheit von Schmerzen. Brust- und Bauchorgane gesund. Während 3 Wochen wird die Frau durch roborirende Behandlung für die Operation (ausgeführt durch Dr. McCann) vorbereitet. Incision in der Linea alba, 5 Zoll lang, 1 Zoll unterhalb des Nabels beginnend. Der Tumor reicht weit ins Becken, ist von einer Netzfalte bedeckt, nach deren Entfernung er als Milz erkannt wird. Hintere und äußere Oberfläche derselben mit dem Omentum verwachsen; sorgfältige Ligatur der Adhäsionen und des Stiels, Versenkung in die Bauchhöhle. Trotz ganz geringen Blutverlustes trat ein schwerer Collaps ein; für eine kurze Zeit nach der Operation schien die Frau noch mehr anämisch zu werden und abzumagern, dabei leichte Vermehrung der weißen Blutkörperchen, aber keine Vergrößerung der Leber, Schilddrüse oder Lymphdrüsen. Reaktionslose Heilung der Bauchwunde; am 11. Tage p. op. Phlegmasia alba dolens entlang der ganzen linken unteren Extremität, wässerige Diarrhoe und Schlaflosigkeit; 33 Tage nach der Operation konnte sie indess entlassen werden. Fortschreitende Besserung ihres Allgemeinbefindens, Menstruation im 4. und 5. Monat p. op., dann Schwangerschaft, rechtzeitige Geburt eines todten Kindes.

Als Ursache des Leidens nimmt Verf. eine angeborene mangelhafte Befestigung der Milz an.

Eine kurze Übersicht über 17 Splenektomien mit 5 Todesfällen und einige Bemerkungen über die Zulässigkeit und die Erfolge der Operation schließen den höchst interessanten Bericht. **Kreutzmann** (San-Francisko).

7) **Kellogg.** Bericht über 12 Fälle von Alexander's Operation.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1887. August 20. p. 225.)

K. hält die Operation Alexander's, Kürzung der Ligamenta uteri rotunda, für brauchbar in folgenden Klassen von Fällen: 1) Fälle von Prolaps, bei denen die Ursache von oben her wirkt und die Perineorrhaphie keine Erleichterung gebracht hat; ob bei alten Frauen rathsam, erscheint fraglich; 2) Fälle von Retroversion und Retroflexion, bei welchen die weniger heroischen Mittel keine Heilung erzielt haben; 3) Fälle von Anteflexion, kombinirt mit Retroversion und Prolaps der Ovarien, so wie bei letzterer Affektion allein, endlich 4) bei Anteversion, bei der der Fundus hinter dem Schambein steht. Für alle diese Kategorien bringt Verf. Beispiele bei, in denen es gelang, durch die Operation wesentliche Besserung oder Heilung zu erreichen. Das Auffinden der Ligamente war meist nicht schwie-

rig, doch machte in einem Falle die Loslösung Schwierigkeiten, da das betreffende Band im Annulus inguinalis internus festgewachsen war. In den Verhältnissen der beiden Seiten wurden häufig Verschiedenheiten gefunden, so dass man aus dem Befund der einen Seite nicht auf den der anderen Seite schließen kann. Es wurden meist mehrere Zoll excidirt. **Lühe** (Demmin).

8) **Reed.** Intraperitoneale Hämatocele als Folge des geplatzten Eisackes einer Tubenschwangerschaft.

(Med. record 1887. August 20. p. 205.)

Ganz in Übereinstimmung mit anderen Autoren betrachtet R. als die gewöhnlichste, wo nicht ausschließliche Ursache für die Bildung einer intraperitonealen Hämatocele das Platzen des Eisackes einer Tubenschwangerschaft. Allein in Bezug auf die Behandlung weicht er von Fritsch z. B. ab, indem er ein chirurgisches Einschreiten für häufig geboten und auch für weit aussichtsvoller hält. Schon darin erklärt er sich anderer Meinung, dass Fritsch an eine baldige Blutgerinnung in der Bauchhöhle glaubt, während er behauptet, dass vielmehr das Blut gewöhnlich flüssig bleibe, somit die Gefahr einer allmählichen Verblutung viel näher liege. Ferner sei in Folge der Anwesenheit des der Zersetzung anheimfallenden Eies die Gefahr der Eiterung und Sepsis sehr nahe gelegt, selbst für den Fall der Abkapselung. Daher sei die Laparotomie indicirt; ob dabei auch die Uterusanhänge abgetragen werden sollen, hänge von deren mehr oder weniger festen Adhäsionen ab; um die Blutung zu stillen, empfiehlt R. Berieselungen mit schwefeliger Säure, oder, falls dies nicht ausreicht, Unterbindung des breiten Mutterbandes. **Lühe** (Demmin).

9) **Ungar.** Über tödliche Nachwirkung der Chloroforminhalationen.

(Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin N. F. Bd. XLVII. Hft. 1.)

Verf. sucht durch experimentelle Untersuchungen den fast allgemein in Vergessenheit gerathenen Anschauungen Casper's und Nothnagel's über die chronische Chloroformvergiftung wieder Geltung zu verschaffen und zu beweisen, dass, auch wenn die Narkose glücklich beendet ist, stunden-, tage-, ja selbst wochenlang der Anästhesirte unter dem Einflusse des Giftes bleiben und demselben schließlich unterliegen könne.

Er experimentirte theils an Kaninchen, die aber negative Resultate lieferten, theils an Hunden, von denen Chloroformdämpfe, aber nur in geringem Bruchtheil mit der Inspirationsluft, in mehrfachen Sitzungen eingeathmet wurden. Nach dem bald schneller, bald langsamer nach der Inhalation erfolgten Tode wurden sehr umfassende und sorgfältige mikroskopische Untersuchungen aller Gewebe der Thiere vorgenommen.

Es fanden sich bei vielen der Untersuchungsthiere eklatante Bilder von fettiger Degeneration des Herzens, der Leber, der quergestreiften Muskulatur und, wenn auch geringeren Grades, der Nieren, wodurch U. den Beweis erbracht hat, dass die Chloroforminhalationen, resp. durch das in den Organismus gelangte Chloroform Veränderungen destruktiver Natur in demselben hervorgerufen sind, welche mit dem Fortbestande des Lebens unvereinbar sind.

Wenn auch die Experimente nicht ganz analog der Anwendungsweise und -Dauer der Chloroformnarkose in der ärztlichen Praxis sind, so ist doch zu überlegen, dass unter Bedingungen, welche für das Zustandekommen einer fettigen Degeneration beim Menschen (größere oder häufiger sich wiederholende Blutverluste, längeres Fieber, anhaltende Dyspnoe, kachektische Zustände, Abusus spirituosorum etc.) günstig sind, eine längere Zeit zu unterhaltende Chloroformnarkose die bereits bestehende Prädisposition zur fettigen Entartung zu einer für den betreffenden Pat. lebensbedrohenden Entwicklung bringen kann.

Die Entstehung dieser lebensgefährlichen Zustände leitet Verf. nicht auf eine Ernährungsstörung zurück, hervorgerufen durch eine Auflösung rother Blutkörperchen durch das Chloroform (Nothnagel), weil er in seinem Versuche weder eine Gallenfarbstoffreaktion des Urins, noch Erscheinungen von Hämoglobinurie beobachten konnte, sondern er führt dieselben auf eine direkte Einwirkung des Nar-

koticums auf die Gewebe zurück, indem sich möglicherweise das Chlor im Organismus abspaltet, ähnlich wie bei Chloroformintoxikationen das abgespaltene Jod die Entstehung fettiger Degeneration begünstigt. Vielleicht entstehen aber außer der fettigen Entartung durch Chloroformeinathmungen noch andere, uns unbekannte Veränderungen im Organismus, welche eine Funktionsunfähigkeit einzelner Organe und damit eine direkte Lebensgefahr bedingen.

Der von Amerika auch zn uns herübergekommene und häufige Brauch, Kreißende bei normalen Geburten stundenlang zu chloroformiren, so wie die lang fortgesetzte Narkose bei Eklampsie etc., welch letzterer eine ausgiebige Morphiumbehandlung vorzuziehen wäre, verlieren nach Kenntnisnahme obiger Arbeit an ihrer Ungefährlichkeit und sind jedenfalls nicht Behandlungsmethoden indifferenter Natur. Auch für die gerichtsärztliche Praxis gewinnen die Experimente U.'s umfangreiche Bedeutung. **Menzel** (Görlitz).

10) **Krassowsky.** 19 Hysterotomien.

(Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten No. 9. [Russisch.])

In 8 Jahren machte der Verf. 19mal diese Operation. Die Kranken waren 6mal gegen 30 Jahre alt, 9mal gegen 40, 4mal ungefähr 50 Jahre. Weder das Alter, noch der Ernährungszustand hatten einen bemerkenswerthen Einfluss auf den Erfolg. Früh beginnende Menstruation schien die Entstehung von Fibroiden zu begünstigen, das Aufhören der Regeln hatte keinen Einfluss auf den Stillstand ihrer Entwicklung.

In der Hälfte der Fälle (10) zeigte sich die Nothwendigkeit einer Entfernung der Gebärmutter erst bei einer anderen Operation (3mal beiderseitige Ovariotomie).

10mal bestanden starke Blutungen, 6mal heftige Leibschmerzen zur Zeit der Regeln, 2mal Perimetritis, 1mal entwickelte sich das Fibroid ohne alle auffallende Erscheinungen.

Die vor der Operation versuchten Behandlungsmethoden blieben ohne Erfolg; besonders Einspritzungen von Ergotin unter die Haut, welche in einem Falle 200mal gemacht wurden, hielten das Wachsthum der Geschwulst nicht auf.

Anzeige zur Operation gab die Größe der Geschwülste (10mal), bedeutende Verwachsungen der Ovarialcysten mit der Gebärmutter (6mal), oder vielfache kleine Fibroide der Gebärmutter, die bei der Ovariotomie bemerkt worden waren (3mal).

Über die Dauer der Krankheit ist schwer zu urtheilen, da die Kranken sich gewöhnlich erst an den Arzt wenden, wenn die Krankheit schon einige Zeit besteht; von der Zeit, wo die Krankheit zuerst bemerkt wurde, verflossen bis zur Operation 1—15 Jahre.

Da nur in 2 Fällen die Operation glatt verlief, in den übrigen Fällen aber mehr oder weniger bedeutende Verwachsungen mit anderen Organen bestanden und überhaupt die gleichzeitige Entfernung der Gebärmutter die Ovariotomie ungemein erschwert, so wirft der Verf. folgende Fragen auf:

1) Wenn nach einer doppelten Ovariotomie die Gebärmutter von Fibroiden durchsetzt gefunden wird: ist es nicht besser, die Gebärmutter nicht zu entfernen, besonders wenn die Fibroide klein sind?

2) Wenn nur ein Eierstock erkrankt ist, sich aber Fibroide in der Gebärmutter finden: ist es nicht besser, statt der kranken Gebärmutter den gesunden Eierstock zu entfernen?

3) Ist es nicht besser bei beträchtlichen blutreichen Verwachsungen der Eierstockscyste mit dem Uterus sich mit einer unvollkommenen Ovariotomie zu begnügen, als die Gebärmutter zu entfernen? Verf. erwartet die Lösung dieser Fragen erst von weiteren Erfahrungen.

Verf. weist darauf hin, dass der Operateur bei Laparotomien immer auf Überraschungen gefasst sein muss. So fand er 2mal statt einer diagnostischen Colloidcyste des Ovarium ein Myom der Gebärmutter.

Die Dauer der Operation betrug von 2—4 Stunden; indess schien sie keinen Einfluss auf den Ausgang zu haben. 12mal wurde der Stiel außerhalb der Bauchhöhle befestigt (Mortalität 50%), 7mal in die Bauchhöhle versenkt (Mortalität 30%).

Die Mortalität betrug 44%, was Verf. dadurch erklärt, dass unter seinen

19 Fällen 17 zu den sehr schweren gehörten. Von den 9 mit strenger Beobachtung der Antiseptik operirten Fällen starben nur 2.

Verf. wendet keinen Spray bei der Operation an, dafür wird das Operationszimmer schon vom Tage vor der Operation an vermittels eines 5%igen Karbolspray gründlich desinficirt. Instrumente und Hände wurden früher mit einer Sublimatlösung (1/2‰) gereinigt, in der letzten Zeit wendete Verf. eine wässrige 1%ige Lösung von Hydrargyr. bijodat. rubri an, wozu noch 3/4 des Gewichts des Quecksilbers Jodkali zugesetzt wurden. Diese 1%ige Lösung wird mit 4000 Theilen Wasser verdünnt. Verf. rühmt sehr die desinficirenden Eigenschaften dieses Mittels.

Die Stelle der Schwämme vertreten in Marli gewickelte und desinficirte Wattekugeln und Kissen.

Verf. wendet besondere Aufmerksamkeit auf die Zubereitung der Ligaturen, da er gefunden zu haben glaubt, dass die septischen Processe oft von den Ligaturen ausgehen. Metallische Ligaturen werden unmittelbar vor der Operation ausgeglüht und in 5%iger Karbollösung aufbewahrt; seidene Ligaturen 2 Stunden lang in Sublimat (1‰) oder Quecksilberjodid (2‰) gekocht. Die Instrumente werden in kochendes Wasser getaucht, dann in 90%igem Alkohol aufbewahrt und unmittelbar vor der Operation mit Quecksilberjodid (1: 3000) desinficirt. In dieselbe Lösung taucht der Operateur seine Hände und befeuchtet damit Ligaturen und den Stumpf. In der letzten Zeit bedeckt er auch die Wunde statt mit Marli mit einer Mischung von Quecksilberjodid mit Kollodium[1]. Der Verband bleibt 7—8 Tage liegen.

Wenn der Bericht des Ref. trotz der nicht großen Zahl der Operationen etwas ausführlicher ausgefallen ist, so glaubt er sich durch den großen Ruf des Verf.s und die Wichtigkeit der angeregten Fragen entschuldigt. **Reimann** (Kiew).

11) **Hellmuth** (Wlaschim). Atresia colli uteri als Geburtshindernis.

(Internat. klin. Rundschau 1887. No. 35.)

22jährige Ipara, seit ihrem 14. Jahre regelmäßig menstruirt; im 2. Monate der Schwangerschaft profuser Fluor albus, wesshalb der behandelnde Arzt jeden Tag den Uterushals mit Arg. nitr. fus. ätzte; hierauf Heilung in 3 Wochen. Als sich nun am normalen Schwangerschaftsende die Wehen einstellten, ohne zur Beendigung der Geburt zu führen, wurde Verf. gerufen.

Er fand den Uterus in eine ziemlich dünne, hochgradig gespannte Blase umgewandelt, in welcher der Kopf der Frucht bequem ballotirte. In dieser Blase war nirgends eine Öffnung zu finden, nur in der Mitte derselben ließ sich eine tellerförmige Abflachung konstatiren. Diese war bohnengroß, fest und derb, konnte vom untersuchenden Finger in keiner Weise durchbohrt werden. Sie wurde vom Verf. für den verwachsenen Muttermund erklärt, mit dem Messer bis auf 8 cm Weite gespalten, worauf das lebende Kind mittels Forceps extrahirt werden konnte.

Verf. zweifelt nicht, dass die starken Ätzungen des Muttermundes die totale Atresie desselben verursachten. **v. Buschmann** (Wien).

12) **E. C. Andrews** (London). Exstirpation nach Uterusruptur.

(Lancet 1887. April 23.)

Nach einer Uterusruptur, welche eine Vpara betraf, machte A. den Bauchschnitt. Da der Riss sehr ausgedehnt, die Wundränder sehr zerrissen und dünn waren, so zog er vor, den Uterus nebst Anhängen zu entfernen. Pat. starb bald nach Beendigung der Operation. **Engelmann** (Kreuznach).

---

[1] Hydrarg. bijod. rubri 4,0, Collodii 8,0, Spirit. Vin. 95% qo ad solut.

Berichtigung. In No. 9 d. Bl. p. 142 Z. 24 v. o. lies: mit statt eine und Z. 25 lies: und statt nur.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 13. Sonnabend, den 31. März. 1888.

I. Die Heilung des Vorfalles der Gebärmutter durch Gymnastik der Beckenmuskulatur und methodische Uterushebung.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

Prof. **F. von Preuschen** in Greifswald.

Angeregt durch die Publikationen von Profanter[1] und Resch[2] über die günstigen Erfolge, die Thure Brandt in Stockholm mit seiner »Beckenmassage« bei gynäkologischen Erkrankungen erzielt hatte, benutzte ich die letzten Herbstferien zu einem längeren Aufenthalt in Stockholm, um aus eigener Anschauung die Methode Brandt's kennen zu lernen. Ich werde später an anderer Stelle den Werth dieser Methode eingehend erörtern und über die Erfolge berichten, die ich nicht nur in Stockholm durch Brandt erzielen sah, sondern auch in der Folge hier in Greifswald bei den verschiedensten gynäkologischen Affektionen selbst zu verzeichnen hatte. Für heute möchte ich die Aufmerksamkeit auf eine Erkrankung lenken, bei welcher die Erfolge der Brandt'schen »Beckenmassage« am räthselhaftesten schienen, nämlich auf den Vorfall der Gebärmutter.

In seiner Schrift »Nouvelle méthode gymnastique pour le traitement des maladies des organes du bassin 1868«[3] berichtet Brandt über eine Anzahl von

[1] Die Massage in der Gynäkologie von Dr. Paul Profanter. Wien 1887.

[2] Centralblatt für Gynäkologie 1887. No. 32.

[3] Dieselben Fälle finden sich in der Schrift: Gymnastiken såsom botemedel mot qvinliga underlifssjukdomar etc. af Thure Brandt. Stockholm 1884.

Heilungen von Prolapsus uteri. Auch während seines Aufenthaltes an der gynäkologischen Klinik zu Jena hat Brandt durch seine Methode eine Heilung erzielt, die durch B. S. Schultze bestätigt wurde und über deren Fortdauer Skutsch berichtet hat.

Die Behandlungsmethode, welche Brandt bei Vorfall der Gebärmutter zur Anwendung bringt, setzt sich im Wesentlichen aus folgenden Manipulationen zusammen:

1) Sogenannten Gebärmutterlüftungen; 2) Widerstandsbewegungen der Oberschenkel; 3) Klopfungen der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins.

Die »Gebärmutterlüftungen« (Brandt's Lyftningar), welche das eigentliche Heilverfahren Brandt's darstellen (die beiden anderen Momente sind seiner Ansicht nach mehr nebensächlicher Natur), werden in folgender Weise zur Ausführung gebracht:

Pat. liegt mit erhöhtem Oberkörper und angezogenen Knieen (Steinschnittlage) auf einem Ruhebett. Der auf ihrer linken Seite stehende, dem Gesicht der Pat. zugewandte Gymnast drängt nun seine in starke Supinationsstellung gebrachten Hände zwischen Symphyse und Fundus uteri in die Tiefe, während gleichzeitig ein Assistent durch einen in die Scheide eingeführten Finger den Uterus in Anteversionsstellung hält. Die in die Tiefe dringenden Hände des Gymnasten umgreifen hierauf mit den etwas gekrümmten Fingern den Uterus und seine Anhänge von unten. Sobald dieser Moment eingetreten, werden die Hände in derselben Stellung in der Richtung nach der Herzgrube vorgeschoben und hierdurch der Uterus nach oben dislocirt. Ist die obere Dislokationsgrenze erreicht, so kehrt der Uterus langsam in seine frühere Stellung im Becken zurück. Während diese Bewegung von den Händen des Gymnasten vorgenommen wird, folgt der in die Scheide eingeführte Finger des Assistenten dem Uterus nach oben, indem er gleichzeitig durch Druck auf die vordere Fläche der Portio vaginalis den Uterus verhindert, in die Retroversionsstellung überzugehen. Diese Hebungen des Uterus werden in jeder Sitzung etwa 3mal wiederholt.

Die Bewegungen der Oberschenkel kommen ebenfalls in Steinschnittlage der Pat. zur Ausführung und laufen im Wesentlichen auf eine methodische Übung der Adduktoren hinaus. Pat. schließt die Kniee und stellt die Fersen zusammen. Der neben ihr sitzende Gymnast ergreift nun mit jeder Hand ein Knie und entfernt dieselben von einander, während Pat. durch Anspannung der Adduktoren dieser Bewegung Widerstand entgegensetzt. Sind die Kniee so viel als möglich von einander entfernt, so werden die Rollen ausgetauscht. Die Pat. sucht jetzt die Kniee zu schließen, während der Gymnast diesem Bestreben Widerstand leistet.

Was endlich die Klopfungen anlangt, so bestehen dieselben aus kurzen Schlägen mit der »federnden« Hand auf oben genannte Theile der Wirbelsäule und des Beckens.

War es mir auch zunächst unfasslich, wie durch methodische Anwendung der geschilderten Bewegungen ein vollkommen prolabirter Uterus wieder in seiner normalen Stellung im Becken befestigt werden sollte, so beschloss ich doch nach meiner Rückkehr nach Greifswald eine Prüfung vorzunehmen und zwar wählte ich, um die Leistungsfähigkeit des Verfahrens festzustellen, einen möglichst verzweifelten Fall.

Frau Z. aus S. hatte vor 31 Jahren im unmittelbaren Anschluss an eine überstandene Geburt einen totalen Prolaps erlitten und aus diesem Grunde schon mehrfach meine Hilfe in Anspruch genommen. Da Pat. sich gegen jeden operativen Eingriff erklärt hatte, so musste bisher die Retention durch ein Pessar bewirkt werden. Zu diesem Zweck konnten nur gestielte Hysterophore, die durch einen Beckengurt getragen wurden, Verwendung finden, weil jeder Apparat, der in der Scheide selbst seine Stütze fand, bei der geringfügigsten Anstrengung der Bauchpresse nach außen gedrängt wurde. Seit geraumer Zeit hatte Pat. die Bandage weggelassen, da sie defekt geworden war. In diesem Zustande stellte ich dieselbe bei Beginn der Behandlung Ende Oktober v. J. meinen Zuhörern vor. Der zwischen den Oberschenkeln befindliche Tumor hatte eine Länge von etwas über 11 cm. In der

vollkommen invertirten Scheide fühlte man den Uterus in Retroversionsstellung; gleichzeitig war Cystocele und eine Andeutung von Rectocele vorhanden. Pat. klagte lebhaft über Urinbeschwerden, die sich namentlich in einem unausgesetzten Drang zum Uriniren geltend machten.

In der Sitzung des medicinischen Vereins zu Greifswald vom 11. Februar d. J. konnte ich Pat. geheilt vorstellen. Vom ersten Tage der Behandlung ab blieb der Uterus im Becken, trotzdem Frau Z. täglich zu derselben einen verhältnismäßig weiten Weg zurücklegen und 2 Treppen steigen musste. Der Uterus befindet sich jetzt in Anteversionsstellung, seine Länge ist von 11 auf 7 cm reducirt und sein Dickendurchmesser entsprechend verringert. Da seit Beginn der Behandlung 3½ Monate verflossen waren, so darf ich wohl, ohne mich eines zu großen Optimismus schuldig zu machen, die Heilung als eine dauernde betrachten.

Diesem Falle würde als meines Wissens dem ersten, der nach der Brandt'schen Methode von einem Arzte in Deutschland zur Heilung gebracht worden ist, zweifellos eine gewisse Bedeutung zukommen und daher die Publikation desselben schon aus diesem Grunde gerechtfertigt erscheinen. Allein ich lege das Gewicht der Veröffentlichung nicht sowohl hierauf, als vielmehr auf den Umstand, dass es mir durch aufmerksame Beobachtung der Vorgänge während der Behandlung gelang, festzustellen, wie die Methode wirkt resp. die wissenschaftliche Erklärung der Methode zu ermöglichen. Hiermit scheint mir aber ein zweiter wesentlicher Schritt für die Verbreitung des Verfahrens gethan zu sein, da neben der Bestätigung der Leistungsfähigkeit auch die Möglichkeit, dasselbe wissenschaftlich zu erklären, mir eine der Bedingungen zu sein scheint, von welchen die Einbürgerung des Verfahrens abhängt.

Es würde nun den Rahmen vorliegender Mittheilung weit überschreiten, wenn ich eine genaue wissenschaftliche Darlegung meiner Beobachtungen geben wollte. Ich muss mich für jetzt darauf beschränken, die Resultate dieser Beobachtungen mitzutheilen und hinsichtlich der genaueren Beweisführung auf eine in Vorbereitung befindliche Monographie verweisen, welche ich demnächst zu veröffentlichen gedenke. In dieser Monographie werde ich die in Betracht kommenden Fragen physiologischer und anatomischer Natur eingehend erörtern, auch das hier nur kurz angedeutete Verfahren genauer aus einander setzen und bildlich versinnlichen.

Durch meine Beobachtungen bin ich zu dem Ergebnis gekommen:

Die als nebensächlich angesehene Adduktorenübung ist bei Heilung des Prolapses Hauptsache: sie bewirkt Fixirung und Sicherstellung des Uterus im Becken. Die Uterushebungen tragen zur Fixirung des Uterus nichts bei, ihnen fällt vielmehr die wichtige Aufgabe zu, die Retrodeviationsstellung des Uterus, die fast ausnahmslos vorhanden ist, wenn ein Prolaps zu Stande kommen soll, zu beseitigen.

Durch genaue Exploration während der Adduktorenübung stellte ich, ohne für jetzt auf die Erklärung dieses interessanten Phänomens einzugehen, fest, dass bei den Widerstandsbewegungen der Oberschenkel sich die Muskulatur des Beckendiaphragma mit kontrahirt. Diese Kontraktion ist in erster Reihe an dem Levator ani zu konstatiren, der sich um so intensiver zusammenzieht, je stärker die Kontraktion der Adduktoren ist. Diese Aktion des Levator ani kann noch verstärkt werden, wenn man Pat. auffordert, während der Bewegung das Gesäß von der Unterlage zu erheben.

Damit ist die Bedeutung der Adduktorenübung klar gelegt. Sie dient nur als Mittel zum Zweck; letzterer ist die energische Kontraktion des Levator ani. Die Adduktorenübung bildet, wenn ich so sagen kann, die einfachste Handhabe, den Levator ani willkürlich in Aktion zu versetzen. Über die Bedeutung der letzteren kann aber kein Zweifel herrschen.

Wie man sich durch Untersuchung leicht überzeugen kann und wie Schultze[4] und Ziegenspeck[5] durch Zeichnungen veranschaulicht haben, befindet sich die

---

[4] Die Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter. Berlin 1881.

[5] Archiv für Gynäkologie Bd. XXXI.

Durchtrittsöffnung der Vagina durch den Levator ani mit der Spinallinie, in welcher die Portio steht, annähernd auf gleicher Höhe. Tritt nun Kontraktion des Levator ani ein, so muss nicht nur die Vaginalöffnung im Diaphragma pelvis in der Richtung von hinten nach vorn verengert, sondern es muss auch, worauf der letztgenannte Autor noch besonders aufmerksam macht, der Abstand zwischen Spinallinie (Portio) und Vaginalöffnung im Diaphragma vermehrt werden. Die Scheide wird mithin durch die Aktion des Levator ani bei aufrechter Stellung in eine obere horizontal verlaufende und eine untere schräg absteigende Abtheilung geschieden. Auf dem oberen Theil ruht die Portio; je mehr dieser Theil verlängert wird und je horizontaler sich sein Verlauf gestaltet, um so mehr muss die Stellung der Portio gesichert werden. Der Levator ani hat daher eine doppelte Aufgabe: er verengt das Lumen der Scheide und macht durch Schaffung des vorerwähnten horizontalen Abschnitts den oberen Theil der Vagina geeignet die Portio zu tragen, er schiebt, wenn der Vergleich gestattet ist, der herabsinkenden Portio eine Barrière vor. Ob diese Barrière aber auf die Dauer das Herabsinken der Portio verhindern kann, wird in zweiter Linie von der Stellung des Uterus zu derselben abhängen. Ist der Uterus retrovertirt, so wird die Bauchpresse die Portio in der Richtung nach vorn treiben, sie gelangt schließlich bis zu dem Punkt, wo die horizontale Richtung der Scheide in die schräg nach unten verlaufende übergeht. Hat aber der Uterus diesen Punkt erst erreicht, so wird seines Bleibens im Becken nicht mehr lange sein; die nächste stärkere Anstrengung der Bauchpresse treibt ihn vollständig zu Tage.

Ganz anders gestaltet sich die Sachlage, wenn der Uterus antevertirt und mit einem nach vorn offenen spitzen Winkel auf den horizontalen Abschnitt der Vagina trifft. So lange diese Stellung vorhanden ist oder doch der Uterus bei jeder Änderung seiner Lage immer wieder in diese Stellung zurückkehrt, wird jede Aktion der Bauchpresse die Portio nur fester auf die von dem Levator ani gebildete Barrière aufpressen, die letztere aber das Zu-Tage-Treten derselben verhindern. Da nun der Uterus fast in allen Fällen, in welchen sich ein Prolaps ausbildet, die retrovertirte Lage einnimmt, so muss als zweites Desiderat der Behandlung die Beseitigung der Retrodeviation und die Überführung in die Anteversionsstellung hingestellt werden. Diese Indikation erfüllen nun die methodischen Hebungen der Gebärmutter.

Die Ursachen der Retrodeviation liegen, wie B. S. Schultze gezeigt hat, mit wenigen Ausnahmen nicht in der Wand der Gebärmutter, sondern außerhalb derselben. Sie sind in abnormen Fixationen begründet, die sich ihrerseits wieder auf Entzündungsvorgänge im Beckenbindegewebe zurückführen lassen.

Wie Freund[6] und Ziegenspeck[7] dargethan haben, sind es namentlich die mit den Gefäßen verlaufenden Bindegewebs- und Muskelfaserzüge, die hier in Betracht kommen. Sind die zwischen Blase und Uterus verlaufenden Gewebszüge narbig retrahirt, so wird der Uterus in retrovertirter Lage abnorm an der Blase und damit indirekt an der vorderen Beckenwand befestigt. Hierdurch wird allerdings scheinbar die Dislokationsfähigkeit des Uterus nach unten aufgehoben oder doch beschränkt. Allein diese Beschränkung ist in der That nur eine scheinbare, in Wirklichkeit wird dem Zustandekommen des Prolaps, wenn im Übrigen die Bedingungen günstig sind, kein Hindernis bereitet. Blase und Uterus bleiben verbunden, sie finden gemeinschaftlich den Weg nach dem Beckenausgang. Es bildet sich eine Cystocele aus, die bekanntlich nahezu in allen Fällen von Prolaps vorhanden ist.

Die Aufgabe, den Uterus in Anteversionsstellung überzuführen, würde sich mithin mit der Aufgabe decken, die abnormen Verbindungen zwischen Uterus und Blase zu dehnen und damit der Portio das Wiedereinnehmen ihrer normalen Stellung in der Spinallinie zu ermöglichen. Dieser Aufgabe kann aber durch keinen Vorgang besser entsprochen werden als durch die Uterushebungen. Ziegenspeck

[6] Gynäkologische Klinik. Bd. I.
[7] A. a. O.

hat bei seinen mehrerwähnten Untersuchungen über normale und pathologische Anheftungen der Gebärmutter die Dislokationsfähigkeit des Uterus bei den verschiedenen Deviationen desselben geprüft und gefunden, dass dieselbe bei Retrodeviation nach oben am geringsten ist. Es liegt daher auf der Hand, dass eine methodische Uterushebung im Sinne einer Ausziehung und Verlängerung der abnormen Befestigungen wirken muss. Dies wird in wirksamster Weise unterstützt durch den Druck, den der Finger des Assistenten während der Hebung des Uterus auf die vordere Fläche der Portio ausübt.

Das Ergebnis meiner Untersuchung lässt sich somit dahin zusammenfassen: Die Widerstandsbewegungen der Oberschenkel stellen den Tonus des bei Prolapsus uteri erschlafften Levator ani wieder her, schaffen hierdurch für die Portio eine Stütze und verengern die Durchtrittsöffnung der Vagina im Diaphragma pelvis; die methodischen Uterushebungen lösen die abnormen Fixationen zwischen Uterus und Blase und ermöglichen die Wiederherstellung der normalen Anteflexionsstellung.

Wollte man unter voller Kenntnis dieser Darlegungen und der den Prolaps veranlassenden Momente sich theoretisch ein Heilverfahren konstruiren, so könnte man in der That kein besseres als das hier besprochene wählen. Es bleibt daher im höchsten Grade bewunderungswürdig, dass ein Laie, der schwedische Major Thure Brandt, auf rein empirischem Wege zu diesem Verfahren gelangte, das in allen Fällen von Prolaps, in welchen die Kontinuität des Diaphragma pelvis erhalten ist, in erster Linie angewendet zu werden verdient.

II. Diagnose und Behandlung peritonealer Adhäsionen des verlagerten Uterus.

Von

Dr. med. **Grigor Kasparian Ter-Grigoriantz**

in Tiflis.

Im letzten Heft der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie (Bd. XIV, Hft. 1) beschreibt Prof. Dr. Schultze sein Verfahren, um die peritonealen Adhäsionen des retroflektirten Uterus zu diagnosticiren und zu behandeln und fügt hinzu, für die Sprechstunde eignet sich solche Therapie natürlich nicht.

Allein eine nicht geringe Zahl der Frauen, welche die Sprechstunde des Frauenarztes besuchen, sind diejenigen, welche ein schweres Wochenbett nach dem Abort oder Geburt durchgemacht haben, oder in der Pubertät durch irgend eine Schädlichkeit, eine Erkältung während der Menstruation etc. eine schweres Genitalleiden sich zugezogen haben und in der Ehe steril sind.

Ein Verfahren, welches das Leiden solcher Frauen zu beseitigen im Stande ist, wäre jedem Gynäkologen sehr willkommen und um so mehr, wenn dasselbe weniger umständlich und leicht ausführbar ist.

Folgendes Verfahren übe ich seit 1884 in meiner Sprechstunde ohne Chloroformnarkose und ohne nachherige Anwendung der Eisblase aus.

Seit Küstner sein Verfahren veröffentlicht hat, reponire ich den retroflektirten Uterus mit einer Kugelzange. Es ist mir sehr oft aufgefallen, wie leicht bei diesem Verfahren die peritonealen Adhäsionen des Uterus nicht nur zu diagnosticiren, sondern ganz genau ihre Verhältnisse zu dem Uterus, zu den Beckenorganen, ihre Dicke und Länge zu bestimmen sind. Setzt man die Kugelzange an die vordere, resp. hintere Uteruslippe, zieht nach vorn und unten und übergiebt dieselbe der Hebamme, so kann man die ganze hintere Fläche des Uterus bis zum oberen Rande des Fundus abtasten, die vorhandenen Bindegewebsstränge und Auflagerungen palpiren und ihre Insertionen an die Beckenwand bestimmen.

Sind die strangartigen Adhäsionen, welche von der Hinterfläche des Uterus zu der Beckenwand ziehen, nicht zu dick, so kann man dieselben sofort zerreißen und den Uterus reponiren. Dies führe ich in folgender Weise aus. Während die Hebamme den Uterus mittels Kugelzange nach vorn und unten zieht, versuche ich mit dem Zeigefinger der linken Hand hakenförmig über die rechte Uteruskante den

Körper in der Mitte zu fassen; hierbei befindet sich wenigstens die Nagelphalanx an der hinteren Uterusfläche. Jetzt ziehe ich den Uterus nach vorn. Ist es mir gelungen, die Adhäsionen zu zerreißen, so lässt sich der Fundus zu den Bauchdecken heben; nun fasst die rechte Hand durch die Bauchdecken den Fundus und schiebt ihn nach vorn und unten. Gelingt nicht die Reposition, so schiebe ich die Portio vaginalis mit der Kugelzange nach hinten und unten, lasse die Kugelzange unbeweglich halten und versuche mit dem linken Zeigefinger in der oben beschriebenen Weise den Körper zu fassen und nach vorn zu ziehen, gleichzeitig hilft die rechte Hand von oben. Außerdem fasse ich, wenn es zugänglich ist, die Stränge, mit dem Zeigefinger hakenförmig und ziehe nach unten und vorn.

Hat das Alles fehlgeschlagen, dann ziehe ich die Portio vaginalis mit der Kugelzange nach vorn und unten, setze den linken Zeigefinger mit dem Radialrand nach oben gewandt dicht an die rechte Uteruskante, drücke von den Bauchdecken aus die drei mittleren Finger der rechten Hand, parallel der Längsachse des Körpers gehalten, dem linken Zeigefinger entgegen und verschiebe nun den so gefassten Uterus nach links, so weit es möglich ist. Manches Mal ist es nothwendig mit dem rechten Zeigefinger von der Scheide aus und mit der linken Hand durch die Bauchdecken in der oben beschriebenen Weise zu manipuliren. Selbstverständlich wirkt man hierbei mit dem rechten Zeigefinger an der linken Seite des Uterus, welchen man dann von links nach rechts drängt.

Folgende Krankengeschichten möchte ich in Kürze anführen:

1) Frau J., 23 Jahre alt. Die Regeln mit Schmerzen im Unterleib. Weißer Ausfluss. Wasserlassen mit Brennen, Coitus schmerzhaft. Collum gegen Symphyse gerichtet dicht am Harnkanal. Corpus retrovertirt. Vom oberen Theil der Uterushinterfläche geht ein zwei Finger breiter Strang zu dem Kreuzbein. Die Reposition gelingt nicht. Nach der Resorptionskur wurde die Ablösung vorgenommen und zwar zweimal in der Woche wiederholt. Zuletzt lässt sich der Uterus reponiren. Wasserlassen ohne Brennen; Coitus nicht schmerzhaft.

2) Frau T. O., 30 Jahre alt. In erster Ehe hat sie zwei Kinder gehabt. Jetzt ist sie in zweiter Ehe 4 Jahre steril. Retroversio. Vom oberen Fundusrande ziehen mäßig dicke Stränge zur Gegend der Synchondrosis sacroiliaca sinistra. Ohne Vorkur wurden die Stränge in zwei Sitzungen zerrissen und der Uterus in normale Lage gebracht. Nach einiger Zeit tritt Schwangerschaft ein.

Komplicirter als diese sind folgende zwei Fälle:

3) Frau A., 24 Jahre alt, vor 6 Jahren geboren, im Wochenbett erkrankt. Seitdem Schmerzen im Unterleib und Rectum. Hysterie, Ohnmachtsanfälle, Appetitlosigkeit. Nach der Amputatio colli uteri, die bei ihr vor einem Jahre anders wo ausgeführt worden, erkrankte sie sehr stark. Uterus nach links retroponirt, hoch angelöthet in der Gegend der Synchondrosis sacroiliaca sinistra durch mäßig dicke Stränge; auch einige Verlöthungen zwischen Uterus und Rectum vorhanden. Bei Bewegungen des Uterus wird starker Schmerz im Rectum und Anus empfunden. Vorkur: Sitzbäder, Duschen, Hegar's Mastdarmeinlauf. Nach sechs Wochen stand der Uterus nach vorn und näher zur Medianlinie. In zwei Sitzungen ließ sich der Uterus ohne große Mühe in die normale Lage bringen. Seitdem war die Frau frei von Beschwerden. Nach acht Monaten erschrak die Frau auf der Reise bei einem Unfall und abortirte bald darauf im dritten Monate.

4) Frau C., 23 Jahre alt. Erste Regeln mit 16 Jahren, 3 Tage dauernd, ohne Schmerzen, reichlich. Im 21. Jahre verheirathet. Nach einem Jahre ist sie mit einem ausgetragenen Knaben niedergekommen. Drei Wochen hütete sie das Bett mit Fieber und Schmerzen im Unterleib. Nachdem sie das Bett verlassen, stellten sich folgende Erscheinungen bei ihr ein: Schmerzen im Unterleib und Kreuz, Ziehen in allen Gliedern; Kopfschmerzen, Kopfschwindel, Obstructio alvi, Defäkation mit Leibschmerzen. Zwei Tage vor den Regeln hysterische Anfälle mit Weinen. Mit Eintreten der Regeln lässt die Hysterie nach. Die Menstruation sehr unregelmäßig und langdauernd. Die kombinirte Untersuchung ergab: Corpus uteri vergrößert, retrovertirt, retroflektirt und liegt in der rechten Beckenhälfte auf dem Beckenboden, rechte Uteruskante flächenhaft an die rechte Beckenwand angeheftet,

eben so der Fundus. Hintere Uterusfläche ist theilweise frei von Verbindungen. Nach vorausgeschickter Resorptionskur wurde mit dem linken Zeigefinger in der Scheide und mit den drei mittleren Fingern der rechten Hand von den Bauchdecken aus in der oben beschriebenen Weise die Ablösung der Verbindungen ausgeführt. Nach wiederholten Versuchen wurde der Uterus in die Medianlinie gebracht, allein die Reposition gelang nicht. Eintägige Uterinblutung, welche ohne Behandlung cessirte. Nach zwei Wochen ließ sich der Uterus über die Medianlinie nach links verschieben, worauf der Uterus reponirt und Hodge No. $8^1/_2$ eingelegt wurde. Nach zwei Wochen sind alle krankhafte Erscheinungen spurlos verschwunden. Keine Schmerzen im Unterleib und Kreuz, kein Ziehen in Gliedern. Nächste Regeln ohne Hysterie, ununterbrochen 3 Tage lang. Nach einiger Zeit wurde Hodge entfernt, der Uterus blieb in normaler Lage. Im Laufe des ganzen folgenden Jahres, während dessen ich die Frau zu beobachten Gelegenheit hatte, blieb sie vollständig gesund.

Gerade in meinen Sprechstunden wurden ohne Vorkur einige Mal die angelötheten retroflektirten Uteri abgelöst, in die normale Lage gebracht und Hodge eingelegt.

In einigen Fällen dagegen habe ich von der Behandlung Abstand genommen, nämlich: wenn der Uterus mit seiner fast ganzen hinteren Fläche an das Kreuzbein so fest angewachsen ist, dass man es gar nicht bewegen kann; oder wenn der Uterus in eine große bindegewebige Masse eingehüllt ist.

Gewöhnlich führe ich den Repositionsversuch in der Woche zweimal aus. Sind aber die Schmerzen zu heftig, so begnüge ich mich mit wöchentlich einmaliger Ausführung desselben. Besonders muss man zu dicke Stränge jedes Mal nur dehnen und sich nicht mit der Zerreißung derselben beeilen.

---

1) **R. Chrobak** (Wien). Über Mastdarmscheidenfisteln nebst Bemerkungen über die Perinealnaht.

(Wiener med. Blätter 1887. No. 27—33.)

Nach der Statistik des Wiener Krankenhauses ist das Heilungsprocent der Mastdarmscheidenfisteln wesentlich ungünstiger als jenes der Blasenscheidenfistel. C. selbst beobachtete privatim 24 Rectovaginalfisteln, nur um 4 weniger, als innerhalb 5 Jahren in den 2 größten Krankenanstalten Wiens zur Behandlung gelangten. 9 wurden operirt, wovon 1 ungeheilt blieb; bei einer blieb eine Haarfistel nach 2 Operationen, bei einer zweiten eine Haarfistel, die sich spontan nach einer Operation 3 Monate später schloss; 6 wurden glatt geheilt, und zwar 5 nach einer, eine erst nach der 4. Operation. Unter den Ursachen der Entstehung dieser Fisteln führt C. auch die Zwanck-Schilling'schen Pessarien an und giebt seinem berechtigten Erstaunen Ausdruck, dass dieselben noch immer nicht vergessen sind. Gegenüber dieser neuerlichen vernichtenden Kritik dieser Pessarien erscheint es auffallend, dass G. Walcher erst in seiner im Vorjahre erschienenen Arbeit über Senkung und Vorfall deren Gebrauch wieder empfiehlt. Offenbar kommen in Tübingen derartige Fistelfälle zufällig nicht in Beobachtung (Ref.).

Die größte Fistel, die C. gefunden, war 9 qcm, entstanden durch ein Zwanck-Schilling'sches Pessar. Die Symptome der Mastdarmscheidenfisteln, die consecutiven Erkrankungen der Nachbarorgane der Vulva, Vagina, des Uterus und Rectum sind fast stets so quälend, dass man Alles an die Heilung des Leidens setzen soll. Die Conti-

nenz und Incontinenz hängt von der Form und Heftigkeit der Verzerrung ab. Selbst ohne Mastdarmscheidenfistel kann eine Incontinentia flatuum durch den Zug einer perinealen und vaginalen Narbe am Sphincter ani bestehen und nach deren Excision und der Perineosynthese wieder weichen, wie ein mitgetheilter Fall zeigt. Ferner beeinflussen die Continenz Sitz und Größe der Fistel. Ist dieselbe im Scheidengewölbe oder eine Dünndarmfistel, dann ist wohl vollständige Incontinenz die Regel. Feste Scybala können aber auch hier einen zeitweiligen Verschluss bilden. Sehr große Verschiedenheiten fand C. in der Funktion des dritten Sphincter. Für die Diagnose ist wichtig zu wissen, dass auch Täuschungen von Seiten der Frauen vorkommen, z. B. durch die Garrulitas vulvae. Auch kann ohne jede Fistel Stuhl in die Scheide gelangen, wie nach schlecht geheilten Dammrissoperationen. Finger und Speculum genügen, um die beiden Fistelöffnungen zu konstatiren. Die Größe der Fistel ist sehr oft nicht entsprechend dem scheinbaren Substanzverlust im Rectum, da die Ränder des letzteren oft weit verzogen sind und so eine größere Fistel vortäuschen. Die Inspektion per rectum mit einem Löffel- oder Mastdarmspiegel giebt über diese Verhältnisse Auskunft. Wichtig ist auch zu prüfen, wie weit die Fistelränder dehnbar sind. Mastdarmscheidenfisteln, welche nicht in dem dünnen Theile des Septum recto-vaginale ihren Sitz haben, werden durch Ätzung, insbesondere so lange sie frisch sind, häufig zur Heilung gebracht. Nach Verschluss des rectalen Theiles der Fistel durch Watte etc. wird die Fistel von der Vagina aus mit Lapis oder Paquelin kauterisirt. Die Fistel soll aber nur eine solche Ausdehnung haben, dass sie durch den Schorf annähernd verschlossen wird. Man soll übrigens nicht zu viel Zeit mit den Heilungsversuchen durch Ätzung verlieren. Die Operation von der Scheide aus hat C. bei 2 Kranken 4mal mit schlechtem Resultate ausgeführt. Es erfolgt eben sehr leicht vom Darme aus eine spätere Infektion der vereinigten Flächen; auch wird nach dieser Methode bei eintretender Heilung meist nur eine dünne verschließende Membran von geringer Widerstandskraft hergestellt. Nach diesen Erfahrungen nahm C., wenn irgend möglich, die Spaltung des Septum und die Vereinigung durch die trianguläre Naht vor. Die Wiederverheilung des durchtrennten Sphincter gelang bei allen Fisteloperationen und eben so, wenn derselbe bei der Perineosynthesis durchtrennt wurde. C.'s Fälle waren meist Fisteln bei enger Scheide und dies war bestimmend für die Spaltung des Septum, während Schauta's Verfahren (Einschließung der vaginalen Fistelöffnung in eine Colporrhaphia posterior) bei weiter Scheide gewiss zu empfehlen ist, weil dadurch das Operationsresultat ähnlicher den früheren normalen Verhältnissen wird. Die Spaltung des Septum setzt eine vollkommene Antiseptik und Operationstechnik voraus. Wie erwähnt sind nach dieser Methode 6 Fisteln durch 7 Operationen vollkommen geheilt. Bei einer Pat. wurde das Septum 2mal gespalten. In einem anderen Falle

wurde die Pat. noch im Jahre der Heilung gravid und gebar spontan ein 2,85 g schweres, lebendes Mädchen. Außer einiger submuköser Hämorrhagie in dem jungen Bindegewebe war der Verlauf normal, obwohl Operation und Entbindung kaum 10 Kalendermonate aus einander lagen. C. giebt im Weiteren genau seine Ansichten über die Wahl des Zeitpunktes für die Operation, über die nothwendigen Vorbereitungen etc., werthvolle Details, deren genaue Befolgung jedem Operateur sehr zu empfehlen sind, der nicht über eigene größere Erfahrungen verfügt. In den letzten $1^1/_2$ Jahren operirte C. Dammplastiken, Kolpoperineorrhaphien ohne allgemeine Narkose und injicirte erst Cocain (5%ige Lösung), wenn das Operationsfeld in die empfindlichen äußeren Genitalien verlegt wurde. Vor kurzer Zeit erlebte er eine Stunde p. op. einen höchst bedrohlichen Collaps, wahrscheinlich in Folge einer Idiosynkrasie gegen Cocain. Sonst wurden nie üble Folgen beobachtet.

Im Anschlusse an die genaue Beschreibung der von ihm geübten Operationsmethode giebt C. folgende Indikationen für die verschiedenen Operationsmethoden:

1) Die Operation der Mastdarmscheidenfistel vom Rectum aus ist zu vermeiden.

2) Jene Fisteln, welche bloß im rectalen Theile der Vagina liegen, sind bei Abwesenheit stärkerer Narbenverziehung der Rectumschleimhaut, und bei auch der Funktion nach intaktem Sphincter ani externus nach der Schauta'schen Methode zu operiren, in so lange die Scheide dazu weit genug ist.

3) Alle jene Fisteln, welche in dem perinealen Theile der Vagina münden, also besonders die Vestibularfisteln, ferner jene, bei denen eine stärkere Narbenverziehung der Rectumschleimhaut besteht, wie auch jene, die mit einem kompleten Dammrisse, oder auch nur mit einem mangelhaft funktionirenden Sphincter komplicirt sind, werden ohne jeden anderen Versuch gleich durch Spaltung des Septums operirt.

Felsenreich (Wien).

---

2) **R. Chrobak** (Wien). Beiträge zur Therapie des Carcinoma uteri mit einer Anmerkung über Hydrometra.

(Wiener med. Wochenschrift 1887. No. 44 u. 45.)

Der Verf. führt die Amputation des Collum bei Portiocarcinomen mit dem Messer aus, so lange die Möglichkeit besteht, im Gesunden zu operiren. Eine ziemliche Anzahl von Fällen, die nach der Amputation selbst bis zu 7 Jahren recidivfrei geblieben sind, hat ihn zu dieser Ansicht bestimmt. Verf. kann eine genaue Statistik leider nicht erbringen, da er nicht über ein stets mehr geordnetes klinisches Material verfügt, sondern die Fälle seiner Praxis entstammen. Bei der Totalexstirpation liegt die Hauptgefahr in der Eröff-

nung des an Lymphgefäßen reichen Parametriums, in welches bei der Operation leicht Krebskeime eingeimpft werden. Auch bei der Amputation des Collum räth C. aus obigen Gründen zuerst die vordere, dann erst die hintere Lippe zu entfernen, damit nicht die Krebsmassen der vorderen Lippe die Schnittfläche der hinteren Lippe inficiren. Dies gilt natürlich nur für die Operation in der Rückenlage. Verf. setzt auch große Hoffnungen auf die Totalexstirpation und glaubt, dass noch weitere Fortschritte in der frühen Diagnose des Carcinoms noch zu erwarten sind. Bei den papillären, weichen, so gern recidivirenden Cancroiden erzielt die Ätzung, wie auch Hofmeier anführt, bessere Resultate, wie die Operation.

In den letzten 10 Jahren hat C. 96mal die Ausschabung und darauffolgende Ätzung des Carcinoma uteri inoperabile vorgenommen. Nur 1 Fall starb an Sepsis in Folge der Operation. Die Ätzung wurde meist mit rauchender Salpetersäure vorgenommen. Selbst in scheinbar recht ungünstigen Fällen lässt sich mit dieser Methode manchmal noch relativ viel erreichen und den Pat., allerdings mit Aufwand von viel Zeit und Mühe durch wiederholte Auskratzungen und Ätzungen eine leichter erträgliche Existenz bereiten. Relativ gute Resultate sah C. auch von der Vernähung der ausgekratzten Flächen, indem bei derartigem Abschluss das Wachsthum nicht so rasch erfolgt. Als Beweis des relativ bedeutenden Erfolges der Auskratzung und Ätzung mit rauchender Salpetersäure erzählt C. einen Fall von einer 55jährigen Pat., bei welcher er 1882 markige, bröcklige Massen (Untersuchung fehlt) aus dem Scheidengewölbe in obiger Weise entfernte und die Wundfläche ausätzte. Pat. blieb vollkommen wohl, bis sie nach $3^3/_4$ Jahren, im Mai 1886, eine Hydrometra von der Größe eines 4monatlichen graviden Uterus in Folge der Atresie des Uterus bekam. Äußerer Umstände wegen nur Punktion vom Scheidengewölbe aus mit Entleerung von $^1/_3$ Liter Flüssigkeit. Oktober 1886 war der Zustand derselbe, wie vor der Punktion. Eröffnung des Uterus von der Scheide aus mit dem Bistouri. 410 ccm Flüssigkeit. Desinfektion der Uterushöhle und Vernähung der Scheidenschleimhaut mit der des Collum uteri. December 1886 unregelmäßige Blutungen. Januar 1887 Entfernung eines polypös wuchernden Drüsencarcinoms aus dem Uterus. Wiederholte Auslöffelungen haben die Kranke bis heute erhalten. C. ließ die jedes Mal entleerte Flüssigkeit untersuchen und giebt das Resultat dieser ersten chemischen Untersuchung eines Hydrometra-Inhaltes: Flüssigkeit grünlichgelb, trüb, alkalisch, specifisches Gewicht 1,026 (1. Untersuchung), 1,028 (2. Untersuchung). Das Sediment besteht aus Blutkörperchen, Epithelzellen und Cholestearintafeln. Die qualitative Analyse ergab an gelösten Bestandtheilen: Serumglobulin, Serumalbumin und die Salze des Blutserums (Kalium, Natrium, Calcium, Magnesium, Chlor, Phosphorsäure, Kohlensäure). Quantitative Analyse, bezogen auf 1 Liter Flüssigkeit ergab bei der

	1. Untersuchung	2. Untersuchung
fester Rückstand	84,075 g	103,395 g
Derselbe besteht aus:		
organ. Substanzen	76,025 »	94,023 »
Asche	8,05 »	8,965 »
löslich in Wasser	7,07 »	7,915 »
unlösl. » »	0,98 »	1,050 »

In einem 2. Falle, betreffend eine 32jährige Pat., blieb die Pat. nach wiederholten Excisionen, Auskratzungen und Ätzungen mit rauchender Salpetersäure seit November 1884 bis heute ohne Recidive, obwohl die mikroskopische Untersuchung unzweifelhaft die Diagnose Cancroid feststellte und nur der Aussichtslosigkeit wegen die Totalexstirpation des Uterus unterblieb. **Felsenreich** (Wien).

Kasuistik.

3) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

132. Sitzung am 5. Januar 1888.

Vorsitzender: Herr J. Schramm; Schriftführer: Herr Korn.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr Bode ein menschliches Ovulum von der 2. Schwangerschaftswoche.

Die Frau, von welcher dasselbe stammt, hatte Mitte November 1887 ihre letzte Periode. 2 Tage vor Eintritt der nächsten Regel (13. December) traten Schwangerschaftsbeschwerden auf. Ohne nachweisbare Ursache erfolgte am 27. December der Abort. In einem dreieckigen Sack von Decidua wurde das kleine Eichen unverletzt ausgestoßen. Dasselbe hat die Größe einer Erbse.

I. Diskussion über die operative Behandlung der Retroflexio uteri.

Herr Leopold giebt zunächst seinem Erstaunen Ausdruck über die große Zahl der von Herrn Klotz operativ behandelten Retroflexiones uteri. Trotz seiner langjährigen, nicht unbedeutenden Privatpraxis, trotz einer verhältnismäßig großen Poliklinik habe er sich bis jetzt nur 3mal genöthigt gefunden, auf operativem Wege Heilung der genannten Affektion zu erzielen. Desshalb müsse man sich vor allen Dingen klar werden, unter welchen Bedingungen und aus welchen Indikationen man die Berechtigung zu einem solchen, jedenfalls nicht ungefährlichen Eingriff, wie ihn die Laparotomie darstelle, ableite. Eine ganz präcise Indikationsstellung sei auch schon desshalb erforderlich, weil die Hauptbeschwerden bei Retroflexio uteri sehr oft nicht von der Knickung als solcher, sondern von den Begleiterscheinungen, namentlich Entzündungen der Ovarien und Tuben etc. herrühren. Mithin braucht man hier auch nicht die Lageveränderung zu korrigiren, sondern nur die Oophoritis, Perioophoritis etc. zu behandeln. Eine ganze Anzahl von Frauen habe eine Retroflexio uteri ohne alle Beschwerden.

Herr Klotz: Die große Zahl von operativ behandelten Fällen erklären sich aus seiner 20jährigen Praxis. Auch er will die Indikationen für ein operatives Eingreifen sehr streng gestellt wissen und hat sie selbst sehr streng gestellt. Mit seinen Pat. hat er sich mehrere Jahre ohne wesentlichen Erfolg alle nur denkbare Mühe gegeben, sie sind oft in andere gynäkologische Behandlung überge-

gangen, schließlich wieder zu ihm zurückgekehrt, in demselben Zustande, wie sie von ihm geschieden. In 11 Fällen hat er vorher in tiefer Narkose versucht, nach Schultze zu reponiren, jedoch erfolglos. 6 Fälle hat er 1—2 Jahre vor der Operation behandelt und außerdem 5 Jahre vorher, in der Zwischenzeit waren sie in anderweitiger gynäkologischer Behandlung.

Er ist ebenfalls der Ansicht, dass in den meisten Fällen, vielleicht sogar stets die Entzündung der Adnexa die Hauptbeschwerden verursache. Die pathologischen Veränderungen derselben würden aber erst durch die Retroflexio hervorgebracht.

Zu einer Laparotomie entschließe auch er sich nicht leicht: Wenn man auch eine Infektion vermeiden könne, so käme doch in Betracht, dass eine nicht geringe Zahl der Laparotomirten Bauchhernien bekämen oder in Folge von Darmadhäsionen später an sehr schmerzhaften Koliken zu leiden hätten. Schon aus diesen Gründen würde er nur im Nothfalle, d. h., wenn alle anderen therapeutischen Maßnahmen erschöpft, lediglich um den Kranken das sonst qualvolle Leben erträglich zu machen, auf dem Wege der Laparotomie das Leiden zu beheben suchen.

Was die von ihm angewandte Methode der operativen Behandlung bei Retroflexio uteri betrifft, so habe sie sich bei ihm erst im Laufe der Jahre in der beschriebenen Weise herausgebildet. Auch er habe nach Olshausen operirt. Es frage sich jedoch sehr, ob diese Methode in allen Fällen anwendbar sei. Es sei recht gut denkbar, dass ein Annähen des Uterus an die vordere Bauchwand, namentlich bei dicken fettreichen Bauchdecken, ferner bei verminderter Beckenneigung unmöglich sei.

Die mit seiner Methode erzielten Erfolge bezüglich der Korrektion der Lageveränderung sei eine glänzende. Nur in einem Falle ist der Uterus wieder retroflektirt. 16 sind geheilt.

Herr Leopold fragt Herrn Klotz, wie es denn komme, dass er unter den 17 Fällen 3mal die Kastration gemacht, einmal sogar ein gesundes Ovarium entfernt habe, um einen Stiel zu bekommen.

Herr Klotz entgegnet, dass dies nur ein Stadium in der Entwicklung der Operationsmethode gewesen sei. Er habe zunächst den Fundus uteri angenäht, dann die Lig. rotunda resp. den bei Abbindung der Tuben und Ovarien gewonnenen Stiel, endlich nur den Glasdrain angewandt.

Auf eine weitere Frage des Herrn Leopold, wesshalb dann noch die Einführung eines Intra-uterin-Stiftes nöthig gewesen sei, antwortet Herr Klotz, dass in Folge der Narbenkontraktion es möglich sei, dass wieder ein Knick zu Stande käme; sobald man die drohende Retroflexio fühle, werde ein Stift angelegt, bis die Schrumpfung erfolgt sei.

Herr Bode hat vor einem Jahre einen Fall nach Olshausen operirt. Das Befinden der Pat. ist bis heute ein sehr gutes geblieben. Die stark verwachsenen Ovarien wurden entfernt, das linke Uterushorn in die Bauchwunde eingenäht. Aufhören der hochgradigen nervösen Erscheinungen. Nach fast 10 Monaten wurde wohlerhaltene Retroflexio des mobilen Uterus und vollständige Erstarkung des Knickungswinkels konstatirt.

Herr Schramm sieht ebenfalls den Hauptgrund der Beschwerden in der entzündlichen Erkrankung der Uterusadnexe, welche bei entsprechender Behandlung auch ohne operativen Eingriff beseitigt werden könne. Freilich erfordert kein anderes Frauenleiden so sehr die Ausdauer des Arztes, als die Behandlung der in Rede stehenden Lageveränderung des Uterus. Verliert man nicht die Geduld, so gelingt es durch konsequente Anwendung von Pessarien, mit allgemein und örtlicher tonisirender Behandlung selbst in verzweifelten Fällen Heilung zu erzielen, oder wenigstens die hauptsächlichsten Beschwerden zu mäßigen, ohne zum Messer greifen zu müssen. Die neuerdings wieder empfohlene Massage des adhärenten retroflektirten Uterus nach der Methode von Thure Brandt müsse jedenfalls auch vor einem operativen Eingriffe versucht werden. Obgleich alljährlich eine ansehnliche Zahl von Retroflexionen in seine Hände komme, habe er nur in 2 Fällen die Nothwendigkeit gefunden, operativ vorzugehen. Doch könne er, wegen Kürze er Zeit, über einen sichtlichen Erfolg noch nicht berichten. Wenn eine Laparo-

tomie auch heute nicht mehr die Gefahren in sich schließt, wie früher, so bleibt doch noch die Befürchtung wach, dass die glücklich Operirten nachträglich Bauchhernien acquirirten, deren Beschwerden denen des früheren Übels fast gleich kämen. Was die von Herrn Klotz angegebene Glasrohrdrainage anbetrifft, so theilt auch er die Bedenken der Vorredner, indem er in der wochenlangen Drainage die stets drohende Gefahr der Infektion erblickt und bei Anwendung des Glasdrains die gewünschte Mitwirkung zur Korrektion des Uterus bezweifelt. Daher zöge er die direkte Annähung des Fundus uteri an die Bauchwand nach der Methode des Herrn Leopold vor, wie er sie in seinem ersten Falle erprobt habe.

Herr Klotz hat die Methode von Leopold bis vor Kurzem nicht gekannt, vielleicht nehme auch er einmal Gelegenheit, in derselben Weise zu verfahren.

II. Herr J. Schramm spricht über die Behandlung inoperabler Uteruscarcinome.

Während man über die Operationsmethode der operativen Uteruscarcinome heute so gut wie einig ist und die Totalexstirpation eine fast typische Operation geworden, gehen andererseits die Ansichten über die palliative Behandlung des inoperablen Uteruscarcinoms weit mehr aus einander. Vortr. ist in der Lage gewesen, im Laufe der Jahre eine große Zahl vorgeschrittener, unheilbarer Uteruscarcinome behandeln zu müssen. Es bot sich somit die Gelegenheit, die von verschiedenen Seiten empfohlenen Behandlungsmethoden auf ihren Werth zu prüfen.

1) Die allgemein übliche Ausschabung der krebsigen Massen und darauf folgende Anwendung des Glüheisens.

2) Die trockene Behandlung nach Sänger: Ausschabung, Jodoformirung und die Gazetamponade.

3) Die Alkoholbehandlung mit und ohne Brom.

4) Betupfen der Geschwürsfläche mit koncentrirter Karbolsäure.

5) Condurangoausspülungen und Condurangosalbenapplikation etc.

Keine dieser Behandlungsweisen war befriedigend. Die Ausschabungen und das Glüheisen wendet S. gar nicht mehr an, weil nach Gebrauch dieser Mittel die krebsige Wucherung und der Zerfall des Gewebes sich um so schneller wieder einstellt. Seit ca. 5 Jahren besteht seine Behandlung darin, antiseptische Flüssigkeiten in das krebsige Gewebe zu injiciren. Seitdem man der Lösung der Frage näher gerückt ist, worin das krankmachende Agens beim Carcinom bestehe, sind diese Injektionen in die Krebsgeschwulst selbst ganz rationell. Ist dieser Mikroorganismus heute auch nicht endgültig festgestellt, so ist man doch auf dem besten Wege, ihn zu finden. S. injicirt in das carcinöse Gewebe eine Quecksilberchlorid-Chlornatriumlösung, wie solche von Stern bei der subkutanen Behandlung der Syphilis empfohlen worden ist. (Rp. Hydrarg. bichl. corros. 0,25, Natrii chlorati 2,50, Aq. dest. 50,00.)

Die von Windler in Berlin angefertigte, 2 g Flüssigkeit enthaltende Spritze ist mit einer 10 cm langen, starken Nadel versehen. Unter Führung des linken Zeigefingers wird die Nadel an die Krebsgeschwulst geschoben und vorsichtig, bis man auf einen leichten Widerstand stößt, in die Geschwulstmasse eingestochen. Die Spritze wird langsam entleert, so dass die Lösung tropfenweise in das degenerirte Gewebe eindringt. An verschiedenen Stellen, bald oberflächlich, bald tiefer, je nach dem Sitze des Geschwürs, sticht man die Nadel ein und entleert in einer Sitzung den vollen Inhalt der Spritze, die eine Dosis von 0,008—0,010 Sublimat enthält, mit dem 10fachen Zusatz von Chlornatrium. 2 bis 3mal in der Woche werden diese Injektionen ausgeführt. Auch bei einem längeren Gebrauch ist eine Sublimatintoxikation nicht zu befürchten, da die Resorptionsfähigkeit des degenerirten Gewebes außerordentlich herabgesetzt ist. Dass nur ein geringer Bruchtheil des Sublimates in die Blutbahn gelangt, zeigt das Ausbleiben von Intoxikationserscheinungen. Treten solche ein, so sind die Injektionen eine Zeit lang auszusetzen. Die desinficirende Wirkung auf das Geschwür ist ausgezeichnet und besser, als irgend ein anderes Mittel, das nur von außen auf das Krebsgeschwür einwirkt. Dasselbe reinigt sich unter dieser Behandlung, der jauchige Ausfluss hört auf und das Allgemeinbefinden bessert sich. Der Zerfall wird aufgehalten und in Folge

dessen kommt es auch zu seltener auftretenden Blutungen. Von Zeit zu Zeit stoßen sich nekrotische Fetzen ab, die nicht so penetrant riechen wie vorher. Es ist nicht zu befürchten, dass durch das Einstechen der Nadel Blutungen entstehen, diese sind meist unerheblich. Stärkere Blutungen bekämpft man durch Scheidenirrigation von Essig, dünnen Eisenchloridlösungen, oder durch Tamponade. Gegen die sehr selten fehlenden Schmerzen werden Opiumsuppositorien, oder Klysmen mit Opium angewendet. Hat das Carcinom bereits so weit um sich gegriffen, dass eine Injektion von Sublimat in der Nähe des Bauchfells und der Blase gefährlich erscheint, so beschränke man sich auf Scheidenausspülungen mit Sublimat und Kal. hypermang. Den ihrem baldigen Ende entgegengehenden Kranken gebe man reichliche Morphiumdosen subkutan. Nächst der lokalen Behandlung legt S. auf die Ernährung der Carcinomkranken ein Hauptgewicht. Nach dem Vorschlag von Benecke erhalten sie eine möglichst eiweißarme Diät, hauptsächlich eine stickstofffreie, vorzugsweise vegetabilische Nahrung. Es lässt sich nicht leugnen, dass sich die Kranken dabei ziemlich gut befanden, ihr Allgemeinbefinden sich bessert, mehr Appetit sich einstellte und die unausbleiblichen dyspeptischen Beschwerden länger hinausgeschoben werden konnten. Mit der Kombination beider Methoden gelang es meist dem raschen Fortschreiten der Krebswucherung Einhalt zu thun und die Kranken länger bei einem leidlichen Allgemeinbefinden am Leben zu erhalten.

---

4) **Hellmuth** (Wlaschim). Haematocele retro-uterina.

(Internat. klin. Rundschau 1887. No. 37.)

28jährige Frau, die stets seit ihrer im 11. Lebensjahre eingetretenen Menstruation an Dysmenorrhoe gelitten; am 2. Tage der ihrer 3. Entbindung folgenden Menstruation steht sie, um Wäsche zu waschen, 2 Stunden lang in einem Teiche. Abends Schüttelfrost und schmerzhafte Anschwellung des Unterleibes; Cessiren der Menses, Harndrang, Schmerz im Mastdarm und Erbrechen.

Verf. stellt die Diagnose: Hämatocele retro-uterina, verfährt eine Woche symptomatisch und exspektativ, und punktirt am 8. Tage die stark vortretende Blutgeschwulst, tamponirt mit Jodoformgaze, worauf in einigen Tagen Heilung erfolgt. **v. Buschmann** (Wien).

5) **Jessler** (München). Die 498. Ovariotomie. (Aus v. Nussbaum's Klinik.)

(Wiener allgemeine med. Zeitung 1887. No. 35.)

An die Menopause der jetzt 63jährigen Frau schloss sich eine langsam zunehmende Vergrößerung der Unterleibsdimensionen bis zu dem jetzt sehr bedeutenden Umfange von 128 cm in Nabelhöhe, 120 cm längs des Rippenbogens; Entfernung des Schwertfortsatzes von der Symphyse 71 cm.

Ödem der Bauchhaut und unteren Extremitäten.

2 Punktionen waren vorhergegangen. Bei der Operation der multilokulären Cyste zeigten sich die Wände derselben allseitig mit dem Peritoneum derart fest und schwartig verwachsen, dass v. Nussbaum schon an die Anlegung einer Bauchcystenfistel dachte.

Indessen gelang die Lostrennung doch nach $^5/_4$stündiger Arbeit.

Auswaschung mit 4%iger sterilisirter Borsäurelösung. Blutung nicht erheblich. Keine Drainage. Verband mit Sublimatgaze.

Ganz glatter Verlauf und Heilung. **v. Buschmann** (Wien).

6) **Kleinwächter** (Czernowitz). Zur Enucleation der Uterusmyome.

(Wiener med. Presse 1887. No. 42.)

Gegenüber der heute viel häufiger geübten Amputatio supra-vaginalis präcisirt Verf. die Indikation für die viel seltenere vaginale Enucleation in Übereinstimmung mit Lomer wie folgt: Cervixmyome und schon theilweise in die Vagina geborene submuköse und interstitielle Myome, jedoch bei bereits verstrichener Cervix und hinreichend erweitertem Muttermunde. Hierzu verlangt K. noch, dass

der Tumor zugänglich und nur so groß sei, dass er sich ohne allzu bedeutende Mühe enucleiren und herausleiten lässt. In erster Linie kommen die submukösen Tumoren, in zweiter die interstitiellen in Betracht, die sich innen vorwölben, und deren innerer Muskelmantel schwächer ist, als der äußere. Von der behufs Enucleation vorzunehmenden gewaltsamen Dilatation des Cervix will K. nichts wissen, und räth dringend, diesen für den Eintritt septischer Processe so günstigen Eingriff durch Darreichung von Ergotin zu ersetzen.

Folgen die Krankengeschichten zweier von K. operirten Fälle von vaginaler Enucleation, in deren einem ein über 2faustgroßer, im anderen ein kaum zwetschengroßer, im Cervix sitzender Tumor herausbefördert wurde.

Mehr oder weniger vollständige Inversio uteri ist dabei oft unvermeidlich, ja sie muss hier und da absichtlich herbeigeführt werden, was bei sofortiger Reposition bedeutungslos ist. **v. Buschmann** (Wien).

7) **George Logau.** Eine seltene Komplikation bei einem Fall von Placenta praevia.

(Lancet 1887. Mai 21.)

Bei einer Primipara fand L. die Placenta vorliegend, die Frucht abgestorben. Nach der Lösung der Placenta ließ sich dieselbe nicht entfernen, es wurde daher gewendet und das Kind extrahirt. Die Placenta war fest adhärirend an dem Kopf des Kindes, in einer Ausdehnung von etwa $2^1/_2$ Zoll im Durchmesser. Das Centrum der Verwachsung befand sich etwas unterhalb der kleinen Fontanelle.

Engelmann (Kreuznach).

8) **John Homans** (Boston). Supplementäre Ovarien.

(Boston med. and surg. Journal 1887. Juli 21. p. 50.)

Bei einem ziemlich großen Procentsatz von Frauen, welchen beide Ovarien entfernt worden waren, kehrte allmählich die Menstruation wieder; H. erklärt sich die Sache so, dass ein accessorisches Ovarium existirte, welches sich vergrößerte und die Funktion der exstirpirten Keimdrüsen übernimmt. Die Beobachtungen über diese Anomalie sind nicht zahlreich; H. hat keine eigne Beobachtung zu berichten, er will nur die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf diesen Gegenstand lenken.

Der wiederholt berichteten Thatsache, dass bei (absichtlich oder unabsichtlich) erfolgter theilweiser Entfernung der Eierstöcke die Menstruation ebenfalls wiederkehrte, geschieht nicht Erwähnung. **Kreutzmann** (San-Francisko).

9) **Sänger** (Leipzig). Über Cervixrisse und deren operative Behandlung.

(Schmidt's Jahrbücher Bd. CCXV. p. 206.)

Unter 1500 gynäkologischen Pat. fand Mundé 293 mit Cervixrissen = 18,8%, Baker 13%, Davenport 18,1% und Sänger 13,4%. Meistens finden sich Risse bei Frauen, die erst einmal geboren haben (Sänger unter 161 Fällen 50).

Man unterscheidet 1) unilaterale, meistens links, wohl wegen des Überwiegens der ersten Seitenlage; 2) bilaterale; 3) vordere und hintere Medianrisse; 4) multiple Risse.

Was den Grad des Risses betrifft, so beobachtet man:

I. Grad: einfache Spaltung des Muttermundringes;
II. » Spaltung der Portio bis in die Nähe des Scheidengewölbes;
III. » Zerreißung des Cervix bis ins Parametrium (Cervix-Laquearrisse).

Kein Cervixriss heilt primär. Man findet nach Ablauf des Wundheilungsprocesses oft Ektropium (frontales und vertikales). Für die Entstehung des Ektropiums sind die verschiedenartigsten Erklärungen gegeben worden (Roser, Emmet, Martin-Czempin). Nach S. hat am meisten die Emmet'sche Ansicht in Verbindung mit der Czempin's für sich, d. h. das Herabtreten des subinvolvirten Uterus und die Erkrankung der Cervicalschleimhaut.

Die Folgen der Cervixrisse bestehen:

1) in Endometritis cervicis; 2) Metritis chronica, meist nur colli uteri in Folge von Cirkulationsstörungen; 3) Parametritis (40% S.), meistens einseitig und links. Die Infektionskeime dringen durch die Risse leichter in das Parametrium ein. 4) Lageveränderungen des Uterus meist Dextropositio corporis in Folge von Narbenschrumpfung im linken Parametrium.

Die von Einigen (Macdonald, Kaortberg) als Folgekrankheit der Cervixrisse erwähnte Oophoritis ist nicht erwiesen.

Von den 161 Kranken S.'s hatten 50 1mal geboren, 25 2mal, 24 3mal, 14 4mal. Eine relative Sterilität scheint hiernach zu bestehen.

Olshausen hat auf die Häufigkeit von Abort bei Cervixrissen aufmerksam gemacht, welche er »auf den unvollkommenen Schluss der Pars supravaginalis, auf die frühzeitige Entblößung des unteren Eipoles und auf die begleitende Endometritis bezieht«. Vomitus gravidarum ist beobachtet.

Die Symptome, welche Cervixrisse hervorrufen, sind die verschiedenartigsten (verstärkte Sekretion, Anämie, bräunliche Färbung der Gesichtshaut, tiefe Schatten um die Augen, — Cachexia leucorrhoica [S.] — Blutungen, Schmerzen im Parametrium). Hysterische Neurosen sind auch als Folgezustand beschrieben worden.

Die Diagnose wird durch eine genaue Untersuchung im Speculum, am besten mit Doppelspiegel, gestellt. Die einzig richtige Therapie bei Rissen 3. Grades und auch bei solchen 1. und 2. Grades, bei denen Ätzungen ohne Erfolg waren, ist die von Emmet angegebene Operation. Die einzige Indikation für die von Schröder gepflegte Portioamputation ist nach S. das Bestehen einer bedeutenden Hypertrophie der Muttermundslippen in Folge von Metritis chronica. Bei derberen Narbenmassen in den Risswinkeln und im Parametrium ist eine Vorkur (heiße Irrigationen, Jod, Massage) vorauszuschicken.

Die Beschreibung der Operation selbst findet man in jedem Lehrbuch.

Die Kasuistik S.'s umfasst 22 Fälle, von denen 19 primär heilten, das Resultat war stets gut und die Beschwerden schwanden in allen Fällen.

(Die Arbeit S.'s ist um so lesenswerther, als auf der letzten Naturforscherversammlung in Wiesbaden Nöggerath energisch gegen die Operation Front machte. Die Erfolge seien nicht so glänzende als angegeben würde. Ihm erwiederten Hegar und S. Wenn auch zugegeben werden müsste, dass die Operation vielleicht oft überflüssig ausgeführt würde, so leiste dieselbe bei streng gestellter Indikation doch Ausgezeichnetes. **Hellbrun** (Kassel).

10) **W. A. N. Dorland** (Philadelphia, Pa.). Spontanentwicklung bei vorliegendem Ellbogen.

(Med. news 1887. September 3. p. 266.)

26jährige IIpara, fällt 15 Tage vor der Entbindung einige Treppen herunter auf Gesicht und Bauch, seitdem völliges Aufhören der vorher sehr lebhaften Kindsbewegungen.

Bei der Geburt wird konstatirt: Querlage mit vorliegendem Ellbogen; Becken geräumig, Blase gesprungen, Muttermund eröffnet; keine kindlichen Herztöne zu hören.

Durch den Umstand, dass dem Hausarzte die Wendung auszuführen nicht erlaubt und der Chefarzt nicht sobald zur Stelle war, bot sich ersterem Gelegenheit, die Spontanentwicklung des macerirten, 6 Pfund wiegenden, ausgetragenen, männlichen Fötus zu beobachten: der vorliegende Theil wird tiefer gedrängt, Arm und Hand fallen vor die Vulva, dann folgt der Steiß und unter äußerst heftigen Wehen der übrige Körper zusammen mit der Placenta. Keine Verletzung des Perineum, ungestörtes Wochenbett. **Kreutzmann** (San-Francisko).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 14. **Sonnabend, den 7. April.** 1888.

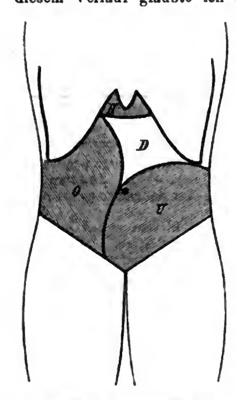
I. Laparotomie am zweiten Wochenbettstage. Gangränescirende Ovarialcyste nach Stieldrehung. Diffuse Peritonitis. Glatte Heilung.

Von

Dr. **Albert Sippel**, Frankfurt a/M.

Eine im 7. Schwangerschaftsmonat befindliche Mehrgebärende, bis dahin stets gesund, bekam in der Nacht vom 7./8. Januar dieses Jahres stetig zunehmende Schmerzen im Bauch. Die Schmerzen hielten an. Am Mittag des 8. konnte ich folgenden Befund aufnehmen: Leib stark ausgedehnt, wesentlich stärker, als der Schwangerschaftszeit entsprach. Darin zwei Tumoren, der eine links gelegen (*U*), sich teigig anfühlend. In ihm Kindestheile zu fühlen und an seiner am weitesten nach links gelegenen Seite Fötalpuls zu hören. Der zweite Tumor (*O*) lag rechts, war prall gespannt, fluktuirend und auf seiner ganzen Oberfläche schmerzhaft. Der links gelegene Tumor, so wie die Partie der Bauchhöhle, welche für den Darm (*D*) freigeblieben ist, war schmerzlos. Die Dämpfung des rechtsseitigen Tumor ging nach oben direkt in die Leberdämpfung über. Die Leber (*H*) war nicht vergrößert, in toto etwas nach oben geschoben. Rechts und links hinten Tympanie. Die Untersuchung per vaginam bestätigte die Annahme, dass der linksseitige Tumor der gravide Uterus war. Vom rechtsseitigen Tumor war von der Scheide aus nichts zu fühlen, da der Uterus den Beckeneingang völlig abschloss. Aus diesem Befund diagnosticirte ich Schwangerschaft mit Ovarialtumor. Gegen Hydronephrose sprach der Umstand, dass das Colon ascendens nicht nach vorn verschoben war. Gegen einen von der Leber ausgehenden Tumor sprach der Umstand, dass der Uterus so stark nach links dislocirt war. Man musste annehmen, dass der wachsende Uterus bei seiner Ausdehnung von Anfang an ein rechts neben

ihm gelegenes Hindernis gefunden habe. Bei einem von oben nach unten einwirkenden Hindernis mussten sich nothwendigerweise andere Abgrenzungsformen gebildet haben, als nebenstehende kleine Abbildung zeigt. Gegen abgesacktes Exsudat sprach die Anamnese und der physikalische Befund. Die Schmerzen im Tumor erklärte ich mir durch Kompression. Ich verordnete Opium und Ruhe und theilte der Pat. mit, dass sie sich die Geschwulst zur Erhaltung der Schwangerschaft und zum Vermeiden der Ruptur baldigst entfernen lassen müsse. Die Angst vor der Operation ließ die Pat. zunächst mit ihrer Einwilligung zögern. Am folgenden Tag, den 9., Befund derselbe. Am 10. Temperur 38,6. Das gesammte Abdomen schmerzhaft. Die bei *D* gelegenen Eingeweide aufgetrieben. Übelsein. Es bestand Peritonitis. Die Spannung des Tumor hatte etwas zugenommen. Aus diesem Verlauf glaubte ich eine Torsion des Stieles des Ovarialtumor annehmen zu müssen. Die anfänglich auf den Tumor allein beschränkte, ziemlich plötzlich eingetretene Schmerzhaftigkeit, das allmähliche Auftreten der Peritonitis bei mäßiger Temperatursteigerung, kurz, das ganze Krankheitsbild drängte mich zu dieser Diagnose. Bei dem gegenüber 2 früher von mir beobachteten und mit Erfolg operirten Fällen von Stieldrehung bei Ovarialtumoren immerhin verhältnismäßig milden Auftreten der Erscheinungen glaubte ich eine nur mäßige Drehung und mäßige Cirkulationsbehinderung im Tumor annehmen zu sollen. Vielleicht handelte es sich auch nur um eine durch den wachsenden Uterus hervorgebrachte Abknickung des Stieles. Es stellte sich jedoch bei der Operation der Zusammenhang anders heraus. Bei der nunmehr vorliegenden Diagnose: Schwangerschaft im 7. Monat, komplicirt mit rechtsseitigem Ovarialtumor und Stieldrehung, beginnender Peritonitis, war ein möglichst rasches aktives Eingreifen indicirt. Pat., welcher die drohende direkte Lebensgefahr rückhaltlos mitgetheilt wurde, ging auf den Vorschlag, die Laparotomie vornehmen zu lassen, ein. Am selben Abend wurde Pat. in meine Klinik aufgenommen. Wenig stürmisch, wie die Erscheinungen waren, glaubte ich bis zum andern Morgen warten zu sollen, um dann nach nochmaliger Untersuchung in Narkose die Operation festzusetzen. Als ich früh am anderen Morgen, am 11., die Pat. sah, hatte sie Wehen. Die spontane Frühgeburt war im Gang und somit eine Operation zur Erhaltung der Schwangerschaft nicht mehr möglich. Es wurde in Beckenendlage ein lebendes, aber nicht lebensfähiges Kind geboren. Die Placenta folgte alsbald. Keine Blutung. Von der Möglichkeit ausgehend, dass vielleicht durch die Verkleinerung des Uterus während der Geburt die Cirkulationsverhältnisse im Stiel günstig beeinflusst sein könnten, beschloss ich, zunächst abzuwarten, um das Wochenbett nicht durch Laparotomie zu kompliciren. Jedoch die Schmerzhaftigkeit des Tumor blieb bestehen, die Peritonitis nahm zu, und nachdem ich am 12. durch eine Untersuchung in Narkose die Diagnose Ovarialtumor zur Evidenz bestätigt hatte, entschloss ich mich, wegen der Gefahr der Ruptur oder Gangrän der Cyste, Indicatio vitalis annehmend, am 13. früh die Geschwulst zu entfernen.



Über die Operation ist wenig zu sagen. Peinlichste Antisepsis war natürlich geboten. Die stark blutenden präperitonealen Gewebsschichten verriethen schon vor Eröffnung des verdickten Peritoneum die Peritonitis. Der Bauchschnitt musste bis über den Nabel ausgedehnt werden, um dem Tumor ordentlich beikommen zu können. In der Bauchhöhle befand sich blutig-seröses Exsudat. Sämmtliche Intestina stark injicirt, hochroth. Auf den Darmschlingen hier und da fibrinöse Ausscheidungen. Im unteren Abschnitt der Bauchwunde lag der hochrothe puerperale Uterus, während sich im oberen Theil der blauschwarze Tumor zeigte. Die

Cirkulation im Tumor war völlig aufgehoben. Verwachsungen fanden sich keine. Überhaupt wird man sie bei Stieldrehung nicht leicht zu erwarten haben, weil sie eine ausgiebige Bewegung der Geschwulst nicht zulassen. Der Stiel war einmal völlig um seine Längsachse gedreht. Kurz und dick, wie er war, hatte diese Drehung genügt, um nicht nur den venösen Rückfluss, sondern auch den arteriellen Zufluss zu unterbrechen. Desshalb war es nicht zu Blutungen in die Cyste gekommen, und desshalb traten auch die Erscheinungen so mild auf. Es war also hier nicht die Geringfügigkeit der Cirkulationsbehinderung Ursache für die Milde der Erscheinungen, sondern gerade das Gegentheil, die absolute Cirkulationsunterbrechung. Einige weitere Tage Zuwarten hätten genügt, die bereits gangränescirende Cyste bersten und eine wohl tödliche Peritonitis entstehen zu lassen.

Der weitere Verlauf, sowohl was Wochenbett, als was Operation anlangt, war durchaus normal. Am Abend nach der Operation stieg die Temperatur noch einmal auf 38,4, um dann dauernd zur Norm zurückzukehren. Am 14. Tage steht Pat. auf und verlässt am 21. Tage gesund und munter, als hätte sie das glatteste Wochenbett durchgemacht, die Klinik.

Einige Worte möchte ich noch beifügen. In einer seiner Zeit im Archiv erschienenen kleinen Arbeit hatte ich den Gedanken ausgesprochen, bei einer eventuellen Sectio caesarea bei Osteomalacie die Uterusnaht auszuführen, aber die Ovarien zu entfernen, vorausgesetzt, dass dadurch der Kontraktionszustand des Uterus nicht benachtheiligt würde. Im vorliegenden Falle, wo indessen nur ein Ovarium und eine Tube entfernt wurden, fand ich den Kontraktionszustand des freilich schon im 2. Wochenbettstage befindlichen puerperalen Uterus nicht nur nicht beeinträchtigt, sondern es machte mir im Gegentheil den Eindruck, als seien sowohl die Ausscheidungen des Wochenbettes geringere, als auch die Rückbildung des Uterus eine energischere, als bei normalen Zuständen.

(Aus der gynäkologischen Klinik in Basel.)

II. Ein Fall von Konception bei Hymen occlusum.

Von

W. Zinsstag, Assistenzarzt.

Am 25. Januar brachte ein Arzt aus dem Elsass die kreißende Frau J. W. mehrere Stunden weit her auf die hiesige gynäkologische Klinik. Die Gebärende, 29 Jahre alt, kräftig gebaut, seit dem 16. Lebensjahr regelmäßig menstruirt, hatte ihre letzten Menses Ende April 1886. Ihre Schwangerschaft — die erste — verlief ohne Störung, die Wehen begannen am 24. Januar Morgens 8 Uhr; da beim langsamen Fortschreiten der Geburt die untersuchende Hebamme sich über die bestehenden Verhältnisse der Geburtswege nicht klar werden konnte, wurde zum Arzt geschickt.

Dieser diagnosticirte eine erste Schädellage; bei der inneren Untersuchung fiel ihm eine abnorme Enge der Vagina auf, die er als Striktur deutete, so wie der Umstand, dass zwischen dem vorliegenden Kopf und dem Finger eine dicke Membran lag. Da die Geburt trotz kräftiger Wehen wegen des scheinbar durch die Vaginalstenose gesetzten Geburtshindernisses nicht voranschritt, so überwies der Kollege den Fall der hiesigen gynäkologischen Klinik.

Der Status praesens beim Eintritt der Pat., 25. Januar Nachmittags 3 Uhr, war mit Hinweglassung des nicht direkt dazu gehörigen folgender: Pat., gut genährt, hat kräftige, alle 5 Minuten sich wiederholende Wehen, wobei sie zuweilen etwas mitpresst, Abdomen stark aufgetrieben, frische Striae. Die äußere Untersuchung ergiebt: erste Schädellage, Kopf im Beckeneingang, Herztöne des Kindes links von der Medianlinie.

Bei der ersten inneren Untersuchung, ausgeführt ohne vorherige Adspektion der Genitalien, gelangte der Zeigefinger in einen engen glatten Kanal, an dessen oberem Ende eine scharfkantige cirkuläre Leiste auffällt, über welcher ein etwas

weiterer Raum liegt. Hinter diesem Raum fühlt man den im Beckeneingang festsitzenden Kopf, von dem tastenden Finger durch eine dicke Wandung getrennt.

Die jetzt vorgenommene Adspektion der Vulva klärt diesen Befund in folgender Weise auf: die enge Öffnung sammt Kanal ist die erweiterte Urethra, die scharfkantige Leiste der Sphincter vesicae, die Höhle die Blase und die vor dem Kopf liegende Membran die hintere Blasenwand. Von der Urethralmündung bis zum Frenulum vulvae erstreckt sich eine stark bläuliche Membran, die von zahlreichen Venen durchsetzt ist. Nirgends lässt sich an derselben eine Öffnung entdecken, und selbst die feinste Sonde vermag an keiner Stelle sich eine Passage zu schaffen. Stülpt man die Membran nach oben ein, und drückt man sich den Kopf von außen herunter, so gelingt es, durch dieselbe auf den letzteren zu gelangen. Per rectum ergiebt die Untersuchung nichts Neues.

Es handelte sich somit um einen vollständigen Hymenalverschluss. Aufs erste hatte der Fall große Ähnlichkeit mit dem von C. v. Braun beschriebenen Fall von Persistenz des Sinus urogenitalis (Lehrbuch. 2. Aufl. 1881. p. 51). Die Cohabitation muss, wofür die abnorme Erweiterung der Urethra spricht, durch die Urethra stattgefunden haben. Diese war schon im Beginn der Geburt für einen Finger gerade durchgängig, so dass Hebamme und Arzt sie für die Vagina halten mussten. Merkwürdig ist nur, wie die Schwangerschaft eintrat, und wie das Menstruationsblut ohne Beschwerden abfließen konnte. Wahrscheinlich war ursprünglich eine feine Öffnung im Hymen vorhanden, die sich in der Gravidität durch entzündlichen Process schloss. Der Coitus fand ohne Immissio penis statt; während zuerst durch die jedenfalls minimale Öffnung Sperma in die Vagina seinen Weg fand, diente, wie es scheint, später fast ausschließlich die Urethra der Cohabitation. Bemerkenswerth ist, dass weder in der Schwangerschaft noch später Störungen von Seite der Blase stattfanden.

Da nun die verschließende Membran sehr dick war, und der Stillstand der Geburt trotz kräftiger Wehen auf ein Tiefertreten des Kopfes nicht hoffen ließ, so wurde in Narkose eine quere Incision in dieselbe gemacht. Die Membran ist $^1/_2$ cm dick, dahinter eine enge, doch gut gebildete Vagina. Starke venöse Blutung, durch Ligaturen und Umstechung gestillt, Vernähung der Vulvarschleimhaut mit der Vaginalschleimhaut.

Jetzt ergab die Vaginaluntersuchung: die Portio verstrichen, Muttermund handtellergroß; die Blase derb, steht noch; Sprengung derselben, Entleerung meconiumhaltigen Fruchtwassers. Sofort treten starke Presswehen ein, der Kopf rückt rasch tiefer, zwei seitliche Incisionen vorn neben der Urethra, eine solche hinten am Damm so wie der Ritgen'sche Mastdarmgriff erleichtern das Ein- und Durchschneiden, und so erfolgt die Geburt 35 Minuten nach Beendigung der Operation. Bemerkenswerth ist noch, dass die Blutung aus den Schnittwunden in den letzten 20 Minuten ziemlich stark war und nur beim Andrängen des Kopfes stand.

Nach der Geburt steht die Blutung, die Placenta folgt nach 30 Minuten mittels des Credé'schen Handgriffes dem Kinde; Naht der vorderen und seitlichen Einschnitte; in der Scheide wird wegen der starken Quetschungen von einer solchen abgesehen. Zur Vorsicht wird vorerst ein Jodoformtampon vorgelegt.

Über das Wochenbett, das vollständig fieberlos verlief, und an dessen Ende die genähten Wunden vollständig verheilt gefunden wurden, ist noch zu berichten, dass die Pat. vom Abend des 26. bis zum Morgen des 28. Januar eine leichte Psychose, bestehend in Verfolgungsideen bei äußerster Unruhe durchmachte, die sich am 8. Tage in geringerem Grade und nur für eine Nacht wiederholte. Die psychische Aufregung bei der Geburt, der lange Transport, die Operation mögen bei der absolut fehlenden hereditären psychopathischen Belastung wohl die Hauptschuld daran getragen haben.

Die eigenthümliche Kombination von Erweiterung der Urethra zusammen mit dem Verschluss des Hymens gaben mir die Veranlassung zur Publikation des vorstehenden Falles, der dadurch von den nicht so seltenen Fällen des imperforirten Hymen sich unterscheidet.

Basel, im Februar 1888.

III. Zur Behandlung chronischer Gebärmutterhalskatarrhe.

Von

Dr. **Adam Sołowij**, Frauenarzt in Pressburg.

Unter den alltäglichen Frauenkrankheiten nimmt der chronische Cervicalkatarrh unstreitig die dominirende Stelle ein, und dessen gründliche Beseitigung gehört in gewissen Fällen zu äußerst schwierigen Aufgaben. Abgesehen von der operativen Methode der Behandlung gab mir die Bandl'sche immer die weit besten Resultate. Ich habe Gelegenheit gehabt, Bandl's Methode in Wien genau kennen zu lernen und im Laufe der Zeit gründlich zu erproben. Dass sie vorzüglich ist, war ich nie im Zweifel. Ihr Vorzug besteht darin, dass wir vermittels eines Häkchens die Vaginalportion näher zum Introitus vaginae herunterziehen, den Gebärmutterhalskanal uns zugänglicher machen, denselben in der Mehrzahl der Fälle strecken und den Abfluss des stauenden Schleimes aus dem Kanal und der Gebärmutterhöhle erleichtern. Der Cervicalkanal wird frei und die jetzt angewendeten Mittel wirken direkt auf die kranke Schleimhaut, indem die Silberkanüle den Zutritt der Flüssigkeit überall sichert. Während der Behandlung zieht sich der Gebärmutterhals krampfhaft um die Kanüle zusammen und der dadurch entstehende Druck auf die Schleimhaut unterstützt im Wesentlichen die Wirkung, denn das katarrhalische Sekret wird aus allen Drüsen und Vertiefungen zwischen den Cylinderepithelfalten herausgepresst.

Bei diesen großen Vorzügen hat Bandl's Methode doch einen Nachtheil: sie ist in der Privatpraxis manchmal umständlich, und zwar in Folge der hier und da auftretenden Blutungen aus der Ansatzstelle des Häkchens nach dessen Entfernung. Ich strebte also an, die mir so liebgewordene Methode zu vereinfachen. Zu diesem Zwecke habe ich das Häkchen aufgegeben und den kurzen Bandl'schen Spiegel durch einen etwas längeren Cylinderspiegel ersetzt. Ich ließ mir eine Anzahl von Cylinderspiegeln in allen Größen anfertigen, die um $4^1/_2$ cm länger als der kurze Bandl'sche und um $2^1/_2$ cm kürzer als der gewöhnliche Cylinderspiegel sind[1].

Meine zweite Modifikation besteht darin, dass ich durch das letzte Loch der Bandl'schen Silberkanüle ein Stückchen Karbolwatte durchziehe, um noch mehr den Zutritt der Flüssigkeit in die höhere Partie des Cervixkanals zu sichern. Die Kanüle wird selbstverständlich vor jeder Behandlung in 5%iger Karbollösung desinficirt, oder noch besser in der Flamme einer Spirituslampe ausgeglüht. Zur Behandlung bediene ich mich nach Bandl 10%iger Cuprum sulf.-Lösung, oder Aceti pyrolignosi depur 100,0, Acid. carbol 5,0.

Dieses einfache Verfahren hat mir die ursprüngliche Bandl'sche Methode ersetzt und vorzügliche Resultate gegeben. Ich erlaube mir desswegen dasselbe meinen verehrten Fachgenossen wärmstens zu empfehlen.

---

1) **Stephen W. Driver** (Cambridge). Beobachtungen über die Beckenligamente im puerperalen Zustande.

(Boston med. and surg. journ. 1887. September 15. p. 245.)

Nach seinen Untersuchungen, ausgeführt an 300 Wöchnerinnen und einer Anzahl Virgines und Nulliparae kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Der Eintritt einer Relaxation der Beckenligamente während der Gestationsperiode hängt ab von der Beschaffenheit der knöcher-

[1] Diese modificirten Spiegel sind nur in sehr seltenen Fällen zu kurz, und der Vortheil der Verkürzung liegt klar an der Hand.

nen und ligamentösen Struktur des Gesammtskeletts; Frauen mit schlaffer Konstitution neigen mehr dazu.

2) Das Alter spielt dabei keine Rolle; die Beobachtungen erstreckten sich auf Frauen von 15—44 Jahren.

3) Die Relaxation ist nicht konstant; eine beträchtliche Verschieblichkeit der Knochen kann bestehen ohne jede Behinderung in der Bewegung, während umgekehrt bei geringer Verschieblichkeit bedeutende Lahmheit beobachtet werden kann; letztere verschwindet ohne jede Behandlung, oder kann jeder Behandlung trotzen.

Es werden Fälle in extenso angeführt, wo eine bedeutende Exkursion der Schambeinäste an einander (bis zu $^1/_2$ Zoll) mit schwappendem Geräusche beobachtet wurde.

Die Frage, ob eine Relaxation der Beckenligamente die Geburt erleichtert, beantwortet Verf. mit »Ja«.

Kreutzmann (San-Francisko).

---

2) **W. H. Wenning** (Cincinnati). Einige allgemeine Bemerkungen über Blasentumoren; Mittheilung eines Falles von Papillom der Blase bei einer Frau.

(Med. news 1887. Oktober 29. p. 493.)

Die Mittheilung enthält die weitere Krankengeschichte und Sektionsbericht einer Frau, welche von Prof. Winckel im Sommer 1873 operirt worden war und deren interessante Geschichte in »Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase« 1885, p. 190 beschrieben ist als »Großes Papillom der hinteren Blasenwand. Rapide Dilatation der Urethra mit dem Finger und Exstirpation desselben. Heilung der Kranken. Nach 8 Jahren Krebs der Blase«.

Nach 8 Jahren guten Befindens nach der Operation stellten sich allmählich die früheren Beschwerden wieder ein; es wurden häufige Blasenausspülungen gemacht mit Salicylsäure-, später mit Argent. nitr.-Lösungen mit wechselndem Erfolg. Im September 1886 verließ die Frau Europa, im November desselben Jahres wurde sie in das St. Mary's Hospital in Cincinnati aufgenommen; ihr Zustand hatte sich allmählich sehr verschlimmert.

Bei der Untersuchung in Chloroformnarkose kollabirte die Pat. und so konnte W. nur konstatiren, dass an der hinteren Blasenwand eine weite Fläche rundlicher Körper sich befand. Nach der Untersuchung, als der Collaps beseitigt war, fühlte sich Pat. erleichtert, da eine Masse Tumorfragmente sich entleert hatte. Wegen der Ausdehnung der Neubildung wurde eine Radikaloperation nicht ausgeführt, die Behandlung war rein symptomatisch, zu Blasenausspülungen erwiesen sich am besten Thymollösungen.

Eine Hämaturie wurde zu keiner Zeit beobachtet. Die Pat. wurde allmählich schwächer und im April 1887 durch den Tod von ihren Leiden erlöst.

Autopsie: Peritoneum verdickt und der Blase adhärent; Blase

bedeutend vergrößert, ihre Wandungen stark verdickt, zerbröcklich; die ganze Innenfläche der Blase war bedeckt mit runden, papillomatösen Körpern von der Größe einer Erbse bis zu der einer Haselnuss. Blase, Ureteren, Nierenbecken erfüllt mit Eiter; die Ureteren erweitert auf Fingerdicke. Ovarien geschrumpft, keine cystische Veränderung wahrzunehmen.

Uterus, äußerlich normal aussehend, enthält mehrere kleine intramurale Fibroide, Inguinaldrüsen vergrößert.

Die mikroskopische Untersuchung der papillomatösen Körper ergab, was auch ante mortem konstatirt worden war, die Struktur eines Medullarcarcinoms. **Krentzmann** (San-Francisko).

---

3) **Silbermann** (Breslau). Die Gelbsucht der Neugeborenen.

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. VIII. Hft. 6.)

S. hat 40 Fälle von Icterus neonatorum untersucht und kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1) Der Icterus neonatorum ist ein Resorptionsikterus, also hepatogener Natur.

2) Die Gallenstauung hat ihren Sitz in den Gallenkapillaren und interlobulösen Gallengängen, die durch die erweiterten Pfortaderäste und Blutkapillaren der Leber komprimirt werden.

3) Diese Stauung in den genannten Gefäßen wird bewirkt durch eine bald nach der Geburt auftretende Cirkulationsveränderung in der Leber, welche eine Theilerscheinung einer Allgemeinveränderung des Blutplasma ist.

4) Diese Blutveränderung, hervorgerufen durch einen Zerfall zahlreicher rother Blutkörperchen bald nach der Geburt, besteht in einer Fermentämie.

5) Der Ikterus ist um so stärker, je schwächlicher das Neugeborene, denn bei einem solchen ist der Blutkörperchenzerfall und in Folge dessen die Fermentämie viel bedeutender, als bei einem kräftigen Kinde.

6) Aus dem Untergange vieler rother Blutscheiben resultirt ein für die Gallenfarbstoffbildung reiches Material, welches unter der Einwirkung der Fermentämie sich lange und massenhaft in den Lebergefäßen ansammelt. **Heilbrun** (Kassel).

---

4) **Clado.** Ballottement der Niere.

(Bull. méd. 1887. No. 43.)

C. beschreibt ein von seinem Lehrer Guyon angegebenes Verfahren, welches es ermöglicht, schon verhältnismäßig geringfügige Volumzunahmen der Nieren festzustellen, welche auf dem Wege einfacher Palpation nicht nachweisbar sein würden. Der Kranke liegt auf dem Rücken, die Beine lang ausgestreckt. Der Untersuchende führt seine flache rechte Hand unter den Rücken desselben in die rechte Nierengegend, hebt mit Mittel- und Zeigefinger den zwischen

den letzten Rippen und Hüftbeinkamm befindlichen Zwischenraum in die Höhe, indem er auf ihn in kurzen Zwischenräumen einen nicht zu heftigen Druck ausübt. Letzterer muss noch gemäßigt werden, wenn die Nierengegend schmerzhaft ist, da sonst reflektorische Muskelkontraktionen ausgelöst werden. Gleichzeitig übt die linke Hand von der Bauchwand aus einen leichten, in die Tiefe gehenden Druck aus. So soll es leicht gelingen, die vergrößerte Niere zu fühlen, sich von ihrem Umfang zu überzeugen und Unebenheiten ihrer Oberfläche zu konstatiren. Bei Untersuchung der linken Nierengegend wird in derselben Weise, nur mit Wechsel der Hände verfahren.

Gelingt der Nachweis nicht, so ist das Organ von normaler Größe. Erschwert wird er durch Fettleibigkeit und Aufgetriebensein des Unterleibes.

Guyon konstatirte das Ballottement bei Pyelonephritis, Hydronephrose, malignen Tumoren und Tuberkulose der Niere. Lässt dasselbe mit Sicherheit auf eine Vergrößerung des Organs schließen, so bedarf es, um die Diagnose der speciellen Erkrankung zu stellen, der genauen Beachtung aller anderweitigen Symptome.

Um ein wirkliches, dem des Fötus analoges Ballottement handelt es sich natürlich nicht. Der feste Zusammenhang der Niere mit seiner Umgebung, zumal in pathologischen Fällen der genannten Art macht ein solches unmöglich. Die Bezeichnung soll nur ausdrücken, dass der Untersuchende ein dem Ballottiren ähnliches Gefühl empfindet. **Graefe** (Halle a/S.).

Kasuistik.

5) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Vorsitzender: Herr Olshausen, Schriftführer: A. Martin.

Sitzung am 24. Februar 1888.

I. Demonstration von Präparaten:

a) Herr Engländer demonstrirt einen Fall von doppelseitiger Pyosalpinx. Pat. war eine Frau von 33 Jahren, die, seit 7 Jahren steril verheirathet, seit dieser Zeit an Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibes, Brennen beim Urinlassen und starkem Ausfluss litt. Bis dahin war Pat. stets gesund. In letzter Zeit hatten die Schmerzen sehr zugenommen. Durch die lange Dauer der Krankheit, bei fehlendem Appetit, war Pat. so elend geworden, dass sie kaum allein zu gehen im Stande war.

Bei der Untersuchung fand sich, dass der normal gebildete Uterus nach rechts verdrängt war durch einen kindskopfgroßen Tumor, der die linke Hälfte des kleinen Beckens ausfüllte. Derselbe war hart, von unebener Oberfläche, sehr empfindlich und nur wenig verschieblich, wegen starker Verwachsungen, namentlich nach hinten. Von diesem Tumor aus ging nach rechts ein gut fingerdicker, sehr empfindlicher Strang bis in die Nähe des rechten Ovarium, welches deutlich frei beweglich, schmerzlos neben dem Uterus abgetastet werden konnte. Es wurde die Diagnose auf einen Tubo-Ovarialtumor entzündlicher Natur linkerseits, mit festen Verwachsungen im kleinen Becken, gestellt und die Laparotomie beschlossen. Dieselbe wurde am 4. Februar 1888 von Herrn Dr. A. Martin ausgeführt.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle quoll aus der Tiefe des kleinen Beckens so-

fort reichlicher Eiter aus einem perimetritischen Abscess. Es gelang dann, einen linksseitigen Tumor hervorzuholen, der vielfach mit den Därmen verwachsen war. Bei der Loslösung entstand an einer stark verdickten, morschen Stelle der Darmwand ein Riss, der rundlich, fast markstückgroß, sich trichterförmig bis zur Mucosa intestini erstreckte. Diese blieb unverletzt, denn es konnte Luft mehrfach unter der betroffenen Stelle durchgedrückt werden. Die Därme waren ferner durch hochgradige Peritonitis mit einander verklebt, stark injicirt und mit dicken, fibrinös-eitrigen Gerinnseln belegt. Der linksseitige Tumor, eine Pyosalpinx, wurde abgebunden und entfernt. Die rechtsseitigen Adnexe waren in ähnlicher Weise erkrankt. Der fingerdicke Strang, welcher bei der Untersuchung gefühlt wurde, erwies sich als die rechte Tube, die gleich nach hinten und links umbog. Beim Anheben riss die Tube ein und entleerte Eiter in die Bauchhöhle. Das Ovarium lag völlig frei, nahe dem uterinen Ende; das abdominale Ende war mit der rechten Seite des Rectum stark verwachsen. Um das Einreißen des Rectum zu vermeiden, wurde die Tube nahe dem Rectum mit dem Fingernagel durchgedrückt, so dass das äußerste Ende der Tube am Rectum haften blieb. Trotzdem riss die Wand des Rectum ein und zwar nicht an der Verwachsungsstelle, sondern unterhalb derselben nach der Tiefe des kleinen Beckens hin. Der Riss war etwa 5 cm lang. Geringe Mengen von Fäces traten in den Douglas'schen Raum ein. Tube und Ovarium wurden entfernt. Der Riss im Rectum wurde nun folgendermaßen geschlossen. Durch eine fortlaufende Katgutnaht, die durch die ganze Dicke der Darmwand ging, wurden die Wundränder genähert, dann wurde darüber durch eine zweite fortlaufende oberflächliche Naht, Serosa mit Serosa vereinigt. Nach möglichster Reinigung des kleinen Beckens wurde vom Douglas zur Scheide drainirt. Die Därme waren eventrirt gehalten und mit feuchten, warmen Tüchern bedeckt worden. Während des Einschiebens der Därme misslang der Versuch, dieselben von allen anhaftenden Belägen zu befreien, weil manche so fest saßen, dass eine Gefahr für den Darm drohte. Eben so wenig konnte der Defekt in der Serosa des Dünndarmes geschlossen werden, weil die Nadel in dem aufgelockerten Gewebe keinen Halt fand. Die Operation dauerte 40 Minuten.

Trotz der vielfachen unangenehmen Komplikationen bei der Operation machte Pat. eine gute Rekonvalescenz durch. Puls und Temperatur waren stets normal. Vom 3. Tage an gingen Flatus per anum ab; dagegen entleerten sich am 7. Tage reichlich fäkulente Massen durch das Drainrohr. Es war also eine Stelle der Darmnaht nicht verheilt. Die Menge der Fäces, welche durch den Drain gingen, wurde immer geringer, bis am 14. Tage eine normale Stuhlentleerung per anum erfolgte. Von da ab blieb der Stuhl normal. Am 19. Tage wurde das Drainrohr entfernt und Pat. konnte bald darauf entlassen werden. Laut späteren Nachrichten geht es der Kranken bis heute gut.

Der linksseitige Tumor stellt eine sehr umfangreiche Pyosalpinx dar; die Wand der Tube ist dünn, aber überall mit entzündlichen Auflagerungen versehen. Nahe dem Fimbrienende liegt, in Verwachsungen eingebettet, das etwas atrophische Ovarium. Dasselbe hat an der äußeren Seite einen gut erbsengroßen Abscess, der mit der Tube in direkter Verbindung steht. Die Falten der Tube sind sehr atrophirt, stellenweise nur angedeutet. Die rechte Tube ist bis zum abdominalen Ende ganz frei von Verwachsungen, zeigt eine sehr starke Verdickung der Wand; die Falten sind meist deutlich erhalten; das Fimbrienende fehlt, weil dasselbe am Rectum sitzen blieb.

Zum Vergleich werden noch einige andere Präparate demonstrirt. Eine ausgedehnte Pyosalpinx, welche eine ganz glatte innere Wandung hat, wo Falten kaum noch oder gar nicht mehr zu erkennen sind, und eine zweite von geringerer Größe, in welcher die Falten mächtig hypertrophisch erscheinen.

Ein weiteres Präparat von beginnender Pyosalpinx zeigt neben deutlichen, in Hypertrophie begriffenen Falten die Art und Weise, wie der Verschluss des Fimbrienendes zu Stande gekommen ist. Die Fimbrien sind nach innen eingeschlagen und ragen büschelförmig in das Lumen der Tube hinein. Durch Verwachsung der

an einander liegenden peritonealen Flächen derselben ist die Kommunikation mit dem Abdomen aufgehoben worden.

Herr Olshausen fragt, ob der Inhalt der betreffenden Präparate auf Tuberkelbacillen untersucht sei. Derartige Veränderungen finden sich nach seinen Beobachtungen ungewöhnlich häufig bei Tuberkelerkrankung der Tube.

Herr Engländer hat diese Untersuchung an diesen Präparaten nicht vorgenommen.

b) Herr Winter demonstrirt 1) das Sektionspräparat von einer Wöchnerin mit Druckgangrän und beginnender Fistelbildung. Im Anfang Februar a. c. wurde eine 30jährige IIpara mit engem Becken aus der Poliklinik in die Anstalt geschafft, welche schon draußen 2 Tage mit sehr schwachen und selten auftretenden Eröffnungswehen gekreißt hatte; hier erfolgte der Blasensprung bei handtellergroßem Muttermund. Der Kopf schickte sich nicht an einzutreten; als nach längerem Abwarten Fieber eintrat und sich Tympania uteri nachweisen ließ, wurde am sterbenden Kinde die Perforation vorgenommen; der Kopf hatte nach dem Blasensprung noch 28 Stunden im Beckeneingang gestanden. Im Wochenbett trat bald wieder Fieber auf und es entwickelten sich Symptome einer schweren Infektion, welcher Pat. am 15. Tage erlag. Vom 9. Tage an hatte sie allen Urin durch die Scheide verloren.

Die Sektion ergab ein einfach plattes Becken mit einer Conj. vera von 8 cm und einem Querdurchmesser von 14 cm. Die Erkrankung, welcher Pat. erlegen war, zeigte gemischte anatomische Befunde von Sepsis und Pyämie (Milztumor, eitrige Infarkte in den Lungen und Milz, Enteritis, Thrombophlebitis uteri). Am Cervix finden sich gangränöse Stellen an der vorderen und hinteren Wand. Vorn war die Blasencervixwand in 50pfennigstückgröße vollständig gangränös und an der Blasenseite mit Kalksalzen inkrustirt; um diesen Sphacelus herum sieht man einen Demarkationshof, welcher in der oberen Hälfte das gangränöse Stück schon gelöst hatte, so dass eine Kommunikation zwischen Blase und Cervix schon bestand. Die vordere Blasenwand war an der genau entsprechenden Stelle in derselben Größe vollständig gangränös und mit Kalksalzen imprägnirt. Die Gangrän betraf an dieser Stelle nicht nur die Blasenwand, sondern auch das zwischen ihr und rechtem horizontalem Schambeinast gelegene Bindegewebe des Cavum präperitoneale Retzii.

Die Gangrän der vorderen Blasenwand scheint mir bemerkenswerth, weil hierauf bisher wenig Werth gelegt worden ist und weil sie in diesem Fall bei längerem Leben der Pat. jedenfalls zur Eröffnung und Infektion des Cavum properitoneale hätte führen können. An der hinteren Wand des Cervix fand sich in derselben Höhe ein großer infektiös belegter Substanzverlust, welcher bis durch das Peritoneum reichte; das Rectum war an dieser Stelle ganz circumscript in Bohnengröße leicht adhärent, und nach Ablösen desselben zeigt sich der Cervix an dieser Stelle durchlöchert. Diese Veränderungen sind ebenfalls als Folgen der in der Geburt entstandenen Druckgangrän aufzufassen, welche nicht zur Eröffnung der Peritonealhöhle führen konnte, weil vorher die beiden Wände des Douglas mit einander verklebten. Das nekrotische Stück der Cervixwand war hier schon ausgestoßen.

2) einen vollständig durch Torsion abgelösten Ovarialtumor, welcher zufällig bei einer Sektion gefunden wurde. Der ca. faustgroße Tumor war innig mit dem Netz verwachsen und lag auf der rechten Darmbeinschaufel. Die rechten Uterusanhänge waren vollständig normal, während sich auf der linken Seite kein Ovarium fand, wohl aber ein dünner röthlicher Strang, welcher als der Rest einer Tube gedeutet werden musste. Das Peritoneum in der linken Beckenhälfte zeigte reichliche strahlige Narben und sternförmige Zusammenziehungen. Der Tumor war mit dem Netz so innig verwachsen, dass nur ca. die Hälfte seiner Oberfläche frei war; beim Befühlen und Beklopfen zeigt sich derselbe vollständig verklebt; er wurde aufgesägt und erwies sich dann als einkammerige Dermoidcyste, mit flüssigem schmierigem Fett und Haaren gefüllt und zeigte an einer Stelle seiner Innenwand eine walnussgroße dermoide Hervorragung und in der

Nähe derselben 2 Zähne. Die Wand der Cyste war schalenförmig bis zu einer Dicke von 3—4 mm in der ganzen Peripherie verklebt; nur einzelne Stellen waren unvollständig verkalkt und zeigten Pergamentknittern. Abdrehung und Verkalkung sind jedenfalls als Folgen der Torsion aufzufassen, deren Zeitpunkt sich aus der Anamnese leider nicht feststellen ließ. Interessant ist vollständige Ablösung des Tumors von dem Beckenperitoneum, mit welchem er durch flächenhafte Adhäsionen verbunden war.

3) einen frischen Gefrierschnitt durch Becken und Uterus einer Gebärenden. Eine Erstgebärende im 9. Monat der Gravidität, welche seit 4 Tagen Ödeme und seit 24 Stunden deutliche Prodromalsymptome der Eklampsie gehabt hatte, war mit eklamptischen Anfällen erkrankt, von denen sie sich aber erholt hatte; deutliche Wehen wurden beobachtet. Nachdem sie schon einige Stunden bei freiem Sensorium sich ziemlich wohl gefühlt hatte, starb sie ganz plötzlich, indem bei gutem Puls die Athmung aussetzte und nicht wieder eintrat. Die Todesursache war eine ausgedehnte apoplektische Zerstörung der rechten Hemisphäre; die großen Ganglien waren intakt, aber die Rindenschicht war von dem Blut durchbrochen, welches sich durch dieselbe unter die Meningen ergoss. Becken und Uterus wurden herausgenommen und zum Frieren gebracht.

Der Uterus zeigt das Stadium der Eröffnungsperiode im Beginn; Cervix ist zum Theil entfaltet. Das Kind liegt in Steißlage. Die Placenta, an normaler Stelle sitzend, ist zum größten Theil abgelöst durch eine zwischen sie und Uteruswand erfolgte Blutung (in Folge der Nephritis). Das Amnion steht noch, während das Chorion zerrissen ist und sich etwas zurückgezogen hat.

(Eine genaue Beschreibung dieses Gefrierschnittes wird an anderer Stelle erfolgen.)

c) Herr J. Veit legt eine von ihm exstirpirte Tubenschwangerschaft vor; es handelte sich diesmal um eine Ruptur mit sehr starker Blutung in die Bauchhöhle, so dass an der pulslosen Pat. operirt werden musste. Indem V. die frühe Zeit der Schwangerschaft betont, zu der hier die Ruptur erfolgte, das Ovulum war etwa $1^1/_4$ cm im Durchmesser, hebt er gleichzeitig hervor, dass, so sehr auch derartige Operationen indicirt sind, man doch damit vorsichtig sein muss, weil in vielen Fällen doch noch der günstige Ausgang in Hämatocele erfolgt. Prognostisch sind übrigens diese Operationen bisweilen ungünstiger, als die bei intaktem Ei. Auch diese Pat. starben. V. hat 10mal wegen Tubengravidität, darunter 3mal an der Moribunden mit 2 Todesfällen und 7mal am intakten Ei ohne Todesfall.

A. Martin hebt hervor, dass das demonstrirte Präparat nicht, wie Herr Veit bemerkte, das bekannte jüngste entsprechende sei, indem er in der Sitzung der Gesellschaft am 11. Juni 1887 ein ganz analoges aus der 4. Woche vorlegte. Verlauf und Präparat zeigen viel Ähnlichkeit.

d) Herr Löhlein zeigt ein kräftig entwickeltes Kind weiblichen Geschlechts mit einer fluktuirenden Steißgeschwulst von Straußeneigröße, welche die Geburt des Rumpfes verhinderte. Als Herr L. hinzukam, war die Frucht, welche inter partum abgestorben war, bereits seit $1^1/_2$ Stunden bis zu den Schulterblattspitzen geboren. Es gelang sogleich, ohne Verkleinerung des Tumors die untere Rumpfhälfte durch das mütterliche Becken zu fördern, nachdem die Beine vorerst herabgeholt waren.

II. Herr W. Nagel hält den angekündigten Vortrag: Über das menschliche Eierstocksei, die Wachsthums- und Reifungserscheinungen an demselben im Vergleich mit dem Thierei.

Nach einer kurzen Übersicht der Geschichte des menschlichen Eies führt der Vortr. die hauptsächlichsten Ergebnisse seiner an der Hand des Materials der Gusserow'schen Klinik im hiesigen anatomischen Institut angestellten Untersuchungen vor; es sind dies die ersten Beobachtungen, welche an dem frischen menschlichen Eierstocksei angestellt worden sind.

1) Primordialei und Primärfollikel.

Das menschliche Primordialei, welches eine vollständige Zelle darstellt, ändert

sein Aussehen und seine Eigenschaften nicht von dem Augenblick an, wo der Primärfollikel gebildet worden ist, bis zu der Zeit, wo es, mag es auch am Ende des zeugungsfähigen Alters sein, an die Reihe kommt, zu einem reifen befruchtungsfähigen Ei heranzuwachsen. Man findet es in den Eierstöcken sowohl des Neugeborenen, wie des erwachsenen Weibes als eine nicht ganz regelmäßige Kugel, welche bei Erwachsenen größer ist als bei Neugeborenen. Das Keimbläschen (Kernkörperchen) liegt stets in der Mitte der Eizelle und die Größe desselben scheint ganz unabhängig zu sein von der Größe des Protoplasmas. Das Keimbläschen scheint ferner eine, in allen Eierstöcken verschiedenen Alters gleiche Größe zu besitzen.

Eine Membran besitzt das menschliche Primordialei nicht, und das Protoplasma desselben unterscheidet sich in nichts von dem Protoplasma anderer Zellen. Dotterelemente (Deutoplasma im Sinne E. van Benedens) finden sich um diese Zeit in dem menschlichen Ei nicht.

In dem, mit einer deutlichen Membran versehenen Keimbläschen ist stets, sowohl an frischen wie gehärteten Objekten, ein deutliches Kerngerüst zu sehen. Dasselbe breitet sich über das ganze Keimbläschen aus und steht mit dem Keimfleck (Kernkörperchen) in Verbindung.

Das Kerngerüst ist an jedem Primordialei vorhanden, dagegen sieht man oft, dass das Kernkörperchen (Keimfleck) fehlt. Insonderheit ist dies der Fall bei Föten und Neugeborenen. In Erwägung dessen, was die neueren Forschungen auf dem Gebiete der Zelllehre ergeben haben, neigt der Vortr. zu der Ansicht, dass solche Eier ohne Keimfleck auch nicht zur Entwicklung kommen.

Der Keimfleck (Kernkörperchen) ist auch in frischen Primordialeiern deutlich zu erkennen als ein hellleuchtendes gelbschimmerndes rundliches Gebilde.

Wie bei allen Säugethieren trägt auch beim Menschen das Primordialei stets ein Follikelepithel und bildet so den Primärfollikel. Das Epithel liegt dem Ei eng an und bildet eine zusammenhängende dünne Hülle mit spärlichen spindelförmigen Kernen.

Was den Bildungsvorgang der Eier und des Follikelepithels betrifft, hat Vortr. die Lehre Waldeyer's bestätigt gefunden: beide Gebilde stammen aus dem Keimepithel. In einer anderen Arbeit soll diese Frage genauer behandelt werden, hier mag folgende Thatsache angeführt werden: das Follikelepithel wird weder vom Urei (Balbiani, Fol, Harz, Sabatier) noch von dem Wolf'schen Körper — Marksträngen — (Kölliker) gebildet, sondern ausschließlich vom Keimepithel, indem eine Betheiligung anderer epithelialer Elemente an der Follikelbildung als des Keimepithels beim Menschen bestimmt auszuschließen ist.

Ab und zu findet man Primordialeier mit 2 Keimbläschen. Diesen Befund darf man nicht als einen auf Theilung der Eier hindeutenden auffassen. Eine Vermehrung der Primordial-(Ur-)Eier durch Theilung (Pflüger, Klebs, Kölliker u. A.) findet beim Menschen nicht statt: ist einmal eine Keimepithelzelle zur Eizelle geworden, dann ist das Ziel erreicht; das junge Ei wächst, umgiebt sich mit einem Follikelepithel und wartet ruhig die kommenden Dinge ab.

Eine Neubildung von Eiern und Follikeln außerhalb des uterinen Lebens (Koster, Paladino, Foulis u. A.) findet beim Menschen nicht statt.

2) Der wachsende Follikel und das wachsende Ei.

Die ersten Wachsthumserscheinungen an den Primärfollikeln bestehen sowohl bei Neugeborenen wie bei erwachsenen Individuen darin, dass das Epithel kubisch wird und sich mächtig vermehrt. Die Vermehrung und Regeneration des Follikelepithels geschieht in derselben Weise (Flemming) wie bei den übrigen Epithelien des Körpers: man findet in dem Epithel des wachsenden Follikels stets Kerntheilungsfiguren.

Noch auffallender als die Kerntheilungsfiguren sind aber gewisse große Zellen mit mattglänzendem Protoplasma und deutlichem Kern, welcher in allen Fällen entweder ein deutliches Kerngerüst oder ein oder mehrere Kernkörperchen aufweist. Man findet diese Gebilde in ganz jungen Follikeln, wo das Epithel noch einschichtig ist, und auch in ziemlich großen Follikeln und zwar in allen Lagen des Epi-

thels und nicht allein nach der Mitte des Follikels zu. Aber man trifft sie, wie es scheint, nur bis zu einem gewissen Zeitpunkt, welcher vielleicht mit dem ersten Auftreten von Deutoplasma (Nahrungsdotter) im Ei zusammenfällt. Diese Annahme geht daraus hervor, dass in älteren Follikeln, wo schon eine gewisse Menge Deutoplasma im Ei sich vorfindet, die hier in Frage stehenden Zellen nicht mehr das Aussehen von Zellen haben, sondern den »Epithelvacuolen« Flemming's ähneln, über deren Vorkommen in Follikeln menschlicher Ovarien und über deren Bedeutung für die Liquorbildung Vortr. früher berichtet hat. Die hier in Rede stehenden Zellen fasst der Vortr. als »Nährzellen« auf und meint, dass diese Gebilde dieselbe Bedeutung für das Wachsen des menschlichen Eies haben wie die Nährzellen in den Follikeln niederer Thiere, z. B. der Insekten.

Die Nährzellen haben auf den ersten Blick eine große Ähnlichkeit mit Primordialeiern. Eigentlich unterscheiden sie sich von diesen nur durch ihre geringere Größe. Dass dem so ist kann auch nicht wundern, denn genetisch sind die Nährzellen mit den Primordialeiern gleichwerthig: beide stammen sie aus dem Keimepithel.

Zu einer bestimmten Zeit, wenn das Follikelepithel mehrschichtig geworden ist, aber, wie es scheint, bevor im Ei Deutoplasmaelemente auftreten, fängt die Liquorbildung an. Beim Menschen geschieht dies nur an einer Stelle, und zwar in dem nach der Oberfläche des Ovariums hin belegenen Theil des Follikels. Da, wo später der Discus proligerus sich bildet, findet keine Liquorbildung statt.

Was nun das wachsende Ei betrifft, so nimmt es zuerst nicht an Größe zu. Selbst wenn die Follikelepithelzellen eine kubische Gestalt angenommen haben, kann das Ei noch dieselbe Größe haben wie die umliegenden Primordialeier. Erst von diesem Augenblicke an vergrößert es sich. Vortr. sieht dieses Verhalten als Beweis dafür an, dass das Follikelepithel der Eizelle den Nährstoff zuführt: das Epithel muss erst in rege Thätigkeit versetzt sein, ehe das Ei zu wachsen im Stande ist.

Das Ei mit Keimbläschen und Keimfleck nimmt nach allen Seiten hin gleichmäßig an Größe zu ohne seine sonstigen Eigenschaften zu ändern: das ist die erste Wachsthumserscheinung.

Durch diese Zunahme erreicht das Ei diejenige Größe, welche es überhaupt erreicht; jetzt wird die Zona pellucida angelegt und von diesem Zeitpunkt an vergrößert sich die Eizelle nicht mehr. Eine von diesem Augenblick wahrzunehmende Vergrößerung des ganzen Eies ist nur durch das Dickerwerden der Zona pellucida bedingt.

Erst nachdem die Zona angelegt ist und eine gewisse Dicke (welche nicht an allen Eiern gleich ist) erreicht hat, bemerkt man ein Auftreten von Deutoplasmaelementen im Ei, und zwar hat dies immer statt in der Mitte des Eies.

Die Dotterelemente werden beim Menschen höchst wahrscheinlich nicht im fertigen Zustande in Gestalt kleiner Körnchen und Partikelchen dem Eiprotoplasma (Eizelle) zugeführt, wie dies bei verschiedenen Thieren der Fall ist (Waldeyer, Balfour, Hubert Ludwig). Nach Ansicht des Vortr. werden die Nahrungsstoffe von den oben geschilderten Nährzellen geliefert und auf dem Wege der Diffusion von der Eizelle aufgenommen. Diese Stoffe werden zunächst von der Eizelle bezw. deren Protoplasma assimilirt, dadurch wächst die Eizelle bis zu der Größe, welche dieselbe überhaupt erreicht. Mit dem ersten Auftreten der Zona ist die Größenzunahme des Vitellus (Eizelle) beendet.

Wie schon oben gesagt, bemerkt man das erste Auftreten von Dotterelementen stets im Centrum der Eizelle nachdem die Zona pellucida bereits angelegt ist. Vortr. glaubt desshalb annehmen zu müssen, dass die Dotterelemente im gewissen Sinne ein Produkt der eigenen Lebensthätigkeit der Eizelle sind; das heißt also, die von den Nährzellen her aufgenommenen Nahrungsstoffe werden von der Eizelle zu Dotter (Deutoplasma) verarbeitet (E. van Beneden, Kölliker u. A.). Die Umwandlung des Eiprotoplasma in Deutoplasma schreitet immer weiter vom Centrum nach der Peripherie fort. Durch das Deutoplasma wird das Keimbläschen immer mehr nach der Peripherie der Eizelle geschoben: es ist dies also ein rein

mechanischer Vorgang. Niemals findet man das Keimbläschen im Deutoplasma liegen. Zuletzt ist fast alles Eiprotoplasma in Deutoplasma umgewandelt, nur an der Peripherie bleibt eine dünne Lage Protoplasma erhalten, worin dann das Keimbläschen liegt. Man kann sich um diese Zeit also das Ei vorstellen als eine Deutoplasmakugel, umgeben von einer dünnen Hülle von Protoplasma.

Die Anlage der Zona pellucida und das weitere Wachsen derselben geschieht durch einfache Apposition. Übereinstimmend mit Reichert, Waldeyer, E. van Beneden u. A. sieht Vortr. das Eiepithel als Bildungsstätte der Zona an Durch diese Bildungsweise der Zona pellucida entsteht der perivitelline Spaltraum; dieser ist also, so meint der Vortr., von vorn herein vorhanden und entsteht nicht erst wenn das Ei reift wie viele Forscher dies bei Thieren annehmen: (u. A. E. van Beneden).

3) Das fertige und das reife Eierstocksei.

An dem fertigen (im Sinne Waldeyer's) Eierstocksei unterscheidet man mit der größten Leichtigkeit folgende Einzelheiten: 1) das Eiepithel (Waldeyer) Corona radiata (Bischoff); 2) die Zona pellucida, welche stets deutlich radiär gestreift ist; 3) einen perivitellinen Spaltraum; 4) eine schmale helle Rindenzone des Vitellus; 5) eine breitere feingranulirte Protoplasmazone; 6) eine centrale Deutoplasmazone; 7) Keimbläschen mit Keimfleck.

Ein fertiges Ei ist nicht befruchtungsfähig und kann normaliter nur in dem Follikel gefunden werden. Um befruchtungsfähig zu werden muss das fertige Ei erst »reifen« (im Sinne Waldeyer's). Die Reifungserscheinungen bestehen darin, dass das Keimbläschen undeutliche und unregelmäßige Umrisse annimmt (schließlich — so weit unsere Untersuchungen aus dem Thierreiche bisher reichen — ganz schwindet) und ein oder zwei Richtungskörper, welche alsdann im perivitellinen Spaltraum gefunden werden, ausstößt.

Aus einem Eierstock einer 21jährigen Pat., welche 4—5 Tage vor den zu erwartenden Menses operirt wurde, glückte es dem Vortr. 3 reifende Eier zu gewinnen. Das Keimbläschen in diesen Eiern zeigte das oben erwähnte Verhalten und in dem perivitellinen Spaltraum lag das (zerbröckelte) erste Richtungskörperchen. Ein größerer Rest des Keimfleckes war noch in dem Keimbläschen vorhanden. Vortr. hat ferner nachgewiesen, dass man sehr häufig in den Eierstöcken Neugeborener Follikel (Vallisnerus, Bischoff, Waldeyer, Slavjansky u. A.) findet, welche genau dieselbe Entwicklung zeigen wie die Follikel der Erwachsenen. In diesen Follikeln ließen sich stets die normalen und wohlerhaltenen Eier nachweisen. Schon um diese Zeit trägt das Keimbläschen ein deutliches Kerngerüst (vgl. auch Trinchese). Die Bildung von Deutoplasma fängt im Centrum der Eizelle an, das Keimbläschen rückt gleichzeitig damit an die Peripherie; die Bildung der Zona pellucida, das Erscheinen der Corona radiata vollzieht sich in derselben Weise wie beim Erwachsenen.

Die Zeichnungen werden vorgelegt.

Eine ausführliche Behandlung der gewonnenen Thatsachen wird Ende März erscheinen im Archiv für Mikroskopische Anatomie und als Monographie bei Max Cohen und Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Die Diskussion wird wegen vorgerückter Stunde vertagt.

Sitzung am 9. März 1888.

Vorsitzender: Herr Olshausen; Schriftführer: A. Martin

Dem Eindruck des Ablebens Sr. Majestät des deutschen Kaisers und Königs von Preußen giebt der Vorsitzende, unter tief empfundener Theilnahme der von den Sitzen sich erhebenden Mitglieder, warmen und bewegten Ausdruck. Er weist auf die Förderung hin, welche der hohe Entschlafene unserer Wissenschaft so nachhaltig hat angedeihen lassen, auf das Wohlwollen, welches er den Vertretern der Wissenschaft bewiesen.

Unfähig unter dem Eindruck dieses erschütternden Tagesereignisses die Sammlung zu wissenschaftlicher Arbeit zu finden, schließt der Vorsitzende die Sitzung.

6) **John W. Farlow** (Boston). Analyse von 141 Fällen von Schwangerschaft in Beziehung auf den diagnostischen Werth der bläulichen Verfärbung der Vagina.

(Boston med. and surg. journ. 1887. Juli 21. p. 49.)

Es wurden nur solche Fälle zur Betrachtung herangezogen, wo durch den weiteren Verlauf (Eintritt von Abort oder Geburt) die Schwangerschaft unzweifelhaft erwiesen werden konnte. F. theilt seine Fälle ein in drei Klassen:

1) Deutliche Blau- oder Violettfärbung 70 Fälle; 2) schwache Ausprägung der Verfärbung 35 Fälle; 3) Abwesenheit einer bläulichen Verfärbung 36 Fälle.

Die Untersuchungen fanden statt bei den verschiedenen Gravidae von der sechsten Woche bis zum achten Monate (incl.). Es wurde beobachtet bei den Fällen der dritten Rubrik (keine bläuliche Verfärbung): viermal Ekzem um die Vulva, einmal Syphilis, viermal Genitalblutungen, zweimal Gonorrhoe, viermal Retroversio uteri, ein ausgedehnter vernarbter Dammriss, einmal Masturbation, einmal Cervixerosion, zweimal wurde das Kind gestillt. Ähnliche Befunde wurden in einer kleinen Anzahl (6) bei den Frauen der zweiten Rubrik erhoben.

Andererseits beobachtete F. unter ca. 2000 gynäkologischen Pat. die bläuliche Verfärbung der Vagina nur viermal und kommt er zu dem Schlusse, dies bläuliche resp. weinfarbene oder violette Aussehen der Vagina für ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel bez. Schwangerschaft zu erklären.

Kreutzmann (San-Francisko).

7) **F. H. Davenport** (Boston). Gebärmutterblutungen; Betrachtung über einige weniger häufige Ursachen und deren Behandlung.

(Boston med. and surg. journ. 1887. Aug. 11. p. 124.)

Verf. fordert im Allgemeinen genaue Untersuchung und Diagnose der Krankheitsursache, dem entsprechende Causalbehandlung, wobei die Allgemeinbehandlung nicht außer Acht gelassen werden darf, die in manchen Fällen (Anämie) allein zum Ziele führt. Die üblichen Behandlungsweisen, lokal und allgemein, werden kurz besprochen.

Als eine seltenere Form der uterinen Hämorrhagie führt D. diejenige in den ersten Schwangerschaftsmonaten an: gewöhnlich tritt ohne Anzeichen ein plötzlicher Abgang hellen Blutes ein, der sich mehrere Male wiederholen kann, gefolgt von einem geringen blutigen Ausfluss von mehr bräunlicher Farbe. Dabei besteht Wohlbefinden, keine Schmerzen. Therapie: Bettruhe. Bei unvollständigem Abort vom 2.—5. Monat ist D. für sofortige Entfernung der zurückgebliebenen Eireste, Ausräumung des Uterus mit Finger und Schabelöffel.

Kreutzmann (San-Francisko).

8) **Chassagny.** L'appareil élytro-ptérygoide.

(Prov. méd. 1887. No. 20—24.)

C. ist auf den Gedanken gekommen, an Stelle der unpraktischen Gummiballons, der verschiedenen gleichfalls aus Gummi gefertigten intra-uterinen Dilatatoren eine Schweinsblase zu verwenden. Durch eine Reihe von Versuchen überzeugte er sich, dass eine solche wesentliche Vorzüge vor den genannten Apparaten besitzt. In feuchtem Zustande in eine unregelmäßig gestaltete Höhle eingeführt und mit Wasser oder Luft aufgebläht, schmiegt sie sich allen Unebenheiten und Vertiefungen aufs innigste an; vor Allem aber benutzt sie jede Öffnung, selbst sehr geringfügige, um durch sie hindurchzudringen. Dank dieser Eigenschaften schien sie C. besonders geeignet, einen ausgezeichneten vaginalen und gleichzeitig intracervikalen Tampon abzugeben. Ihrer Verwerthung in der Praxis stellte sich aber ein sehr wesentliches Hindernis entgegen. Wie schon erwähnt benutzt die in einen Hohlraum eingeführte und aufgeblähte Blase jede Öffnung, gleichviel wo sie gelegen, um durch diese zu entschlüpfen. Sie verlässt daher die nicht geschlossene Scheide sofort durch den Introitus. Aber auch bei einem verhältnismäßig festen Verschluss

der Vagina durch T-Binden gelingt es ihr, indem sie die Labien mehr und mehr aus einander und über die Bindenränder forttreibt, hervorzuquellen. Hieran schien die praktische Verwerthung der thierischen Blase als vaginaler Tampon zu scheitern. Erst nach mehrfachen vergeblichen Versuchen ist es C. gelungen einen Apparat herzustellen, welcher sie während und nach dem Aufblähen in der Vagina fixirt. Er nennt ihn »L'appareil élytro-ptérygoide«. Eine genaue Beschreibung ist ohne die dem Original beigegebene Abbildung nicht gut möglich. Es sei daher nur gesagt, dass die Blase über einen aus Buchsbaum gefertigten, 16 cm langen und 3 cm im Durchmesser haltenden Cylinder gezogen und an diesem durch 3 festgeknüpfte, in Kerben liegende Schlingen befestigt ist. Er ist von 2 Kanälen durchbohrt, deren einer sich zwischen Kerbe 2 und 3 öffnet, der andere an der abgerundeten Spitze. Diese werden mit 2 ca. 70 cm bis 1 m über dem Becken der Kreißenden angebrachten Bassins, resp. graduirten mit Flüssigkeit gefüllten Cylindern in Verbindung gebracht und so die Blase in 2 Abschnitten, einen oberen und einen unteren gefüllt. Ist der Apparat in die Vagina eingeführt und die Blase aufgebläht, so wird einem Herausgleiten dadurch vorgebeugt, dass 2 am unteren, aus der Vagina ragenden Ende des Cylinders befestigte Schnüre um die Leistenbeuge geschlungen und dann am Hemd der Kreißenden befestigt sind.

Die Wirkung dieses Apparates ist eine mehrfache, demnach auch die Indikationen für seine Anwendung verschiedenartige. In die Vagina eingeführt und dort aufgebläht ruft er nicht nur Wehen hervor, resp. verstärkt die schon vorhandenen, er befördert auch das Verstreichen des Cervicalkanales durch den doppelten Druck, welchen dieser von dem in der Vagina und dem oberhalb des Os int. befindlichen Theil der Blase zu erleiden hat und dilatirt ihn. Schließlich wirkt er als Tampon, indem er sich allerwärts den Wandungen des Genitalschlauches, so weit er mit ihnen in Berührung kommen kann, eng anlegt.

C. wendet den Appareil élytro-ptérygoide dem entsprechend zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt an, ferner zur Beschleunigung der zögernden Dilatation des Cervicalkanales, besonders in Fällen von Eklampsie; als blutstillenden und zugleich die Erweiterung des Muttermundes befördernden Tampon bei Plac. praevia, zur Eröffnung des Cervicalkanales bei Retention von Placentar- und Abortresten. Auch in der Gynäkologie bedient er sich des Apparates als Dilatatorium. Bei Uterusmyomen angewandt soll er in mehreren Fällen eine erhebliche Verkleinerung, ja selbst ein völliges Verschwinden der Tumoren zur Folge gehabt haben. Auch bei Verdickungen der Portio sah C. in Folge wiederholter Applikation des Instrumentes eine Abschwellung eintreten.

Einen begeisterten Verehrer hat der Appareil élytro-ptérygoide in dem Löwener Prof. Hubert gefunden. Seine warme Empfehlung in der Brüsseler Akademie ist aber auf lebhaften Widerspruch, namentlich seitens Prof. Hyernaux gestoßen. Dieser hat sich einerseits bei von ihm angestellten Versuchen nicht davon überzeugen können, dass der Apparat die ihm nachgerühmten Eigenschaften besitze, andererseits hält er seine Verwendung bei Plac. praevia, vorausgesetzt, dass die Behauptung, die Blase dringe durch den Cervicalkanal in den Uterus, wahr wäre — H. bezweifelt es — nicht für ungefährlich, speciell für das kindliche Leben durch Losschälung der Placenta.

C. giebt die Verhandlungen der Brüsseler Akademie über seine Erfindung ausführlich wieder und sucht am Schluss seiner Arbeit alle gegen dieselbe erhobenen Vorwürfe zu entkräften.

Bestätigen sich die dem C.'schen Apparat nachgerühmten Eigenschaften und Wirkungen, so wird derselbe eine werthvolle Bereicherung unseres geburtshilflichen Instrumentariums bilden. **Graefe** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 15. **Sonnabend, den 14. April.** **1888.**

I. Ein Fall von frühzeitig geplatzter Tubenschwangerschaft.

Von

Dr. **J. Zucker** in Berlin.

Wenn J. Veit[1] zu dem Schlusse kommt, dass bei geplatzter Tubengravidität nur unter den extremsten Umständen die Laparotomie indicirt ist, so bleibt für den prakt. Arzt gleichwohl die Schwierigkeit bestehen zu beurtheilen, wann dieser Zeitpunkt gekommen ist, und der folgende Fall dürfte vielleicht passend illustriren, wie schnell mitunter der ganze Verlauf sich abspielt und wie in manchen Fällen mit der Operation durchaus nicht gewartet werden *darf*, dass aber auch durch die Operation nicht in allen Fällen Heilung erfolgt. Besonders erscheint mir ferner die Mittheilung des Nachfolgenden wegen des Präparates aus sehr früher Zeit der Tubenschwangerschaft berechtigt.

Als ich am Abend des 17. Februar zu Frau J. gerufen wurde, weil dieselbe seit einigen Stunden über äußerst heftige Schmerzen im Unterleibe und im Rücken klagte, fand ich eine ziemlich blasse, sonst gut genährte 32jährige Frau vor, die

[1] Eileiterschwangerschaft. Stuttgart 1884. p. 66.

sich angeblich vor Schmerzen nicht bewegen konnte. Anamnese war von den nur sehr gebrochen deutsch redenden Angehörigen so wie von der Kranken nicht zu eruiren, nur so viel ließ sich feststellen, dass Pat. früher 2mal geboren und einmal abortirt hatte, zuletzt im December oder Januar menstruirt gewesen sei, dann bis vor etwa 5 Tagen sich völlig wohl befunden habe. Am 12. Februar habe Pat. plötzlich 2 Stunden lang heftige Schmerzen im Leibe gehabt, die auf Anwendung eines Laxans schwanden. Nachher habe sie bis zum Morgen des 17. Februar gesund weiter gearbeitet, wo sich wieder heftige Leibschmerzen einstellten, die auch nach einem Klysma nicht verschwanden.

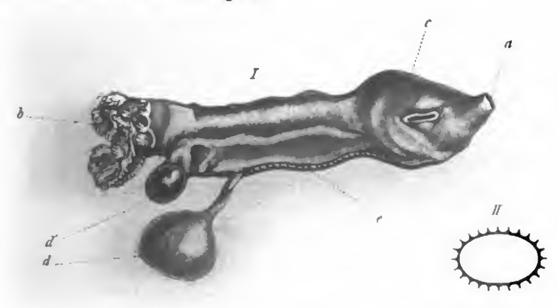
Bei der Untersuchung ließ sich außer mattem Pulse und etwas trockener Zunge nichts Besonderes konstatiren; der Uterus lag stark nach rechts von der Mittellinie, links schien — so weit bei der Spannung der Bauchdecken fühlbar war — eine undeutlich begrenzte weiche Masse zu liegen, die, wie die ganze Untersuchung, äußerst empfindlich war. Trotz Opium und kalter Umschläge verschlechterte sich der Zustand der Kranken schnell, so dass ich um 11 Uhr nochmals gerufen wurde. Der Puls war nun bedeutend kleiner, die Hautfarbe des Gesichts und übrigen Körpers noch blasser als vorher, und leicht ins Gelbliche spielend, die Extremitäten etwas kühl, der Leib flach, aber selbst bei leisester Berührung enorm schmerzhaft und die Resistenz links bei bimanueller Untersuchung etwas vergrößert. Da ich mich überzeugte, dass Blut weder erbrochen noch im Urin oder Stuhlgang enthalten war, blieb schon jetzt nur die Annahme übrig, dass eine Blutung aus den inneren Genitalien in das Cavum peritonei stattgefunden habe. An einen operativen Eingriff war jedoch in dem schmutzigen Keller und bei den ungünstigen äußeren Bedingungen der Pat. nicht zu denken, so dass ich den nächsten Morgen abzuwarten gezwungen war. Ich gab inzwischen reichlich Opium und starke Stimulantia und bat, als am anderen Morgen der Zustand im Wesentlichen derselbe war, Herrn Dr. J. Veit die Kranke anzusehen, der meinen Befund bestätigte und schleunigste Transferirung der Pat. in seine nahegelegene Klinik empfahl, um zunächst in narcosi festzustellen, ob überhaupt ein Tumor vorhanden sei und event. sofort der Indicatio vitalis durch Blutstillung per laparotomiam zu genügen.

Als Pat. um 2 Uhr Mittags in der Klinik ankam, war sie absolut pulslos, wachsbleich und von schon etwas benommenem Sensorium. Nachdem sie binnen wenigen Minuten gereinigt war und ein paar Tropfen Chloroform erhalten hatte, wurde die Laparotomie gemacht, da auch jetzt in narcosi kein distinkter Tumor fühlbar war, die anzunehmende innere Blutung doch aber gestillt werden musste. Der Schnitt durch Haut und subperitoneales Fettgewebe verlief fast blutlos und nun drängte sich bereits das Peritoneum und durch dasselbe durchscheinend eine bläulich-rothe Masse geronnenen und flüssigen Blutes entgegen, die uns beim Durchtrennen des Peritoneums in weitem Bogen entgegenspritzte. Nachdem eine auf ca. 3—4 Liter zu schätzende Masse flüssigen Blutes sich entleert hatte, ging Herr Dr. Veit zunächst in die linke Seite, den vermutheten Sitz des Tumors ein, fand hier jedoch die Uterusanhänge völlig normal; auch der Uterus selbst war zwar etwas groß, aber ohne jede Kontinuitätstrennung, und auch rechts ragte das Fimbrienende der Tube frei in die Bauchhöhle. Erst bei genauer und wiederholter Inspektion zeigte sich, dass die Blutung aus einem Risse etwa an der Grenze von innerem und mittlerem Drittel der rechten Tube kam, wo sich eine etwa 5 mm lange, 2 mm breite Öffnung befand. Einem glücklichen Zufall war es zu danken, dass wir alsbald auch zwischen den bei der Untersuchung massenhaft heraustretenden Blutgerinnseln eine chorionartige Masse sahen, die sich später als das in toto erhaltene Ei erwies. Nachdem nun die Tube beiderseits unterbunden und der Stiel rings umnäht war, wurde die Bauchwunde geschlossen, indem noch ca. 1 Liter blutiger Flüssigkeit, von der zu hoffen war, dass sie noch theilweise resorbirt werden würde, in der Bauchhöhle zurückgelassen wurde. Verband und Kompression des Bauches. Nach Schluss der im Ganzen kaum 10 Minuten beanspruchenden Operation war Pat. jedenfalls nicht schlechter als vorher; der Puls war zwar noch nicht immer, doch zeitweise zu fühlen. Die Temperatur betrug nach der Operation 34,7, stieg aber bis zum nächsten Morgen langsam auf 36,1. Am nächsten Tage

war der Puls jedoch nicht mehr fühlbar, die Herztöne, 84—90 an Zahl, schwach, der zweite fast gar nicht zu vernehmen, die Pat. selbst äußerst unruhig. Da der allgemeine Kräftezustand jedoch erheblich gestiegen war — Pat. hatte in der Nacht selbst mehrmals den schweren Sandsack vom Leibe weggenommen und aufgebunden —, wurde beschlossen, von einer Transfusion Abstand zu nehmen, um so mehr als in dem langsamen Steigen der Temperatur ein prognostisch günstiges Zeichen vorlag. Trotzdem trat um $11^1/_2$ Uhr Vormittags ziemlich plötzlich, nachdem die Körperwärme wieder um ein paar Zehntel gesunken war, der Exitus ein.

Wir haben es also mit einem Verblutungstode in Folge von Tubenschwangerschaft zu thun, die sehr frühzeitig geplatzt war; das Alter des Eies ist auf 2—3 Wochen seiner Entwicklung nach zu taxiren und zeigte gar keine Veränderungen, welche auf früheren Tod schließen ließen, war vielmehr ganz frisch.

Dass die Pat. nur in Folge der extremen Anämie starb, zeigt der ganze Verlauf, und so erscheint es zum mindesten wahrscheinlich, dass sie noch hätte gerettet werden können, wenn die Operation zeitiger gemacht worden wäre. Da aber zu derselben die Indikation erst vorgelegen hätte, sobald die Tubenschwangerschaft durch einen deutlich fühlbaren Tumor hätte erkannt werden können, so blieb gar kein Grund für einen immerhin so beträchtlichen Eingriff. Denn, wie sich aus der beigefügten Abbildung ergiebt, war der Tumor im Ganzen höchstens haselnussgroß.



Zeichnung einer frühzeitigen, geplatzten Tubenschwangerschaft, operirt von Dr. Veit.

I. *a* uterines Ende der Tube; *b* abdominales Ende der Tube; *c* Fruchtsack in der Tube mit Rissstelle; *d d'* Morgagni'sche Hydatide; *e* Ligamentum latum.

II. Die Größe des aus dieser Tube ausgetretenen Eies.

Wie in den meisten derartigen Fällen, lässt sich weder durch die Anamnese noch durch die Betrachtung des Präparates ein Grund einerseits für das Eintreten einer Tubenschwangerschaft, andererseits für die Berstung des Sackes auffinden. Wenn sonst vielleicht entweder eine Gewalteinwirkung die Ruptur verursacht oder der Tumor zur Raumbeengung führt, so ließ sich hier weder jene nachweisen, noch auch lag in unserem Falle, wo die wohl erhaltene Frucht höchstens der 3. Entwicklungswoche entspricht, so weit sich dies bis

jetzt übersehen lässt, ein Moment vor, das etwa zum Platzen der Tube prädisponirt hätte, da weder sonst makroskopische Veränderungen an der Schleimhaut noch auch Adhäsionen in der Umgebung vorhanden waren.

Warum es ferner gerade bei so minimaler Kontinuitätstrennung zu einer so unverhältnismäßig starken Blutung kommen konnte, während sonst so häufig selbst bei größeren Rissen spontane Blutstillung eintritt, dafür wird sich vielleicht erst ein Grund angeben lassen, wenn das Präparat noch weiter untersucht ist.

Die Behandlung der Tubengravidität wird durch diesen Fall nur in dem Sinne weiter empfohlen werden können, wie es Veit that. Man soll, wenn möglich, vor dem Eintritt jeder Erscheinung operiren. Hier war dies indess nicht möglich, wie es ja überhaupt vielfach so sein wird. Handelt es sich aber um eine innere Verblutung wegen Tubengravidität, so bleibt trotz einzelner günstiger Fälle, wie des von Frommel operirten Falles Sandner[2], die Prognose der Operation bei Weitem nicht so günstig als die bei der unkomplicirten Eileiterschwangerschaft. Veit hat 10mal wegen Tubengravidität operirt, 3mal an der verblutenden Person; von letzteren ist eine genesen, während jene 7 unkomplicirten Fälle sämmtlich glatt heilten.

Die Schwierigkeit für die Verblutungsfälle bleibt immer die Wahl des Zeitpunktes der Operation, da man immerhin mit dem spontanen Stillstand der Blutung rechnen muss. Je früher man operirt, desto bessere Resultate wird man erhalten, desto weniger wird man aber sich und Anderen die Überzeugung verschaffen können, dass die Operation unbedingt nöthig war. Je später man operirt, desto schlechter wird der Eingriff vertragen werden.

II. Durch einen Uterus didelphys erschwerte Geburt.

Von

Dr. Eugen Tauffer,

prakt. Arzt und Prof. der Gesundheitslehre an der Staatsoberrealschule in Temesvár. Emerit. 1. Assistent des Prof. Tauffer's Geburts- und gynäk. Klinik in Budapest.

Dieser von mir beobachtete, ob seiner Seltenheit schon hohes Interesse beanspruchende Fall liefert gleichzeitig Daten für den Einfluss des Uterus didelphys auf den Geburts- und Wochenbettsverlauf.

Indem ich mich bloß auf die Beschreibung des Falles beschränke, verweise ich betreffs der entwicklungsgeschichtlichen Erläuterungen über den Uterus duplicatus, auf M. Strauch's in den Spalten dieser Zeitschrift seiner Zeit erschienene Mittheilungen[1].

Die 38 Jahre alte verheirathete A. F. ist vollkommen gut entwickelt, derzeit viertgeschwängert. Ihre Menstruation ging stets regelmäßig, schmerzlos und mit geringem Blutverluste von statten.

---

[2] Münchener med. Wochenschrift 1887. No. 17.

[1] Centralblatt für Gynäkologie 1887. No. 43. Weitere Beschreibungen noch: Ollivier Schmidt's Jahrbücher 1873. Bd. CLVIII. p. 41), G. Dirner (Centralblatt für Gynäkologie 1883. No. 30. p. 485), Freudenberg (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. V. p. 384), Benicke (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. I. p. 366), Winter Centralbl. f. Gynäkol. 1887. No. 50. p. 813).

Ihre erste Entbindung, eine Schädellage, verlief ohne Kunsthilfe anstandslos und war von einem normalen Wochenbette gefolgt. In den ersten Monaten ihrer 2. Schwangerschaft erfolgte Abortus, ohne Nachwehen. Zur dritten Entbindung, mit Steißlage war zwar ein Arzt beigezogen, derselbe kam jedoch nicht in die Lage, einschreiten zu müssen. Dieses Wochenbett verlief unter leichten Fieberbewegungen, die erst schwanden, nachdem sich »ein membranartiges Gebilde« aus den Genitalien ausgestoßen hatte.

Ende der 4. Schwangerschaft, Geburt 21. April 1887.

Die Wehen hatten ca. 8 Stunden vor meinem ersten Besuche begonnen. Ich fand den Bauch stark ausgedehnt; den Uterusgrund 3 Querfinger unterhalb des Schwertfortsatzes. Die Fötalherztöne waren rechts etwas gegen die Medianlinie zu deutlich zu hören. Das Becken regelmäßig gebaut, äußere Genitalien normal. Der Muttermund im Verstreichen, die Blase tief herabgedrängt, das rechte Knie vorliegend. Der Blasensprung erfolgt unter heftigen Wehen, wobei viel Fruchtwasser abfließt. Nach kurzer Pause sich erneuernde starke Wehen sind für den Fortschritt der Geburt ohne Erfolg, indem das Knie konstant in der Nähe des Beckenbodens bleibt. Bei erneuter Untersuchung fällt ein in der rechten Beckenhälfte bis auf die Darmbeinschaufel sich erhebendes, beiläufig mannshandtellergroßes, teigiges Gebilde auf, dessen Ränder stumpf und leicht umtastbar sind.

Ich dachte sofort an ein Hämatom als Geburtshindernis. Doch fiel mir während der Indagation auf, dass die rechte Wand der Scheide auffallend verschieblich ist, gleichsam auf ihrer Unterlage hin und her gleitet.

Eine genaue Besichtigung ergab, dass man neben einem mir ursprünglich als hypertrophirte Nymphe imponirenden Lappen, welcher sich aus der Schamspalte hervordrängte, in eine zweite Scheide von normaler Größe mit aufgelockerter Schleimhaut gelangte, in deren Gewölbe eine normal gebildete mit eingerissenen Rändern versehene Vaginalportion sich befand, deren Muttermund zwar geschlossen war, jedoch die Fingerspitze aufnahm.

Nun war es mir klar, dass ich einen Uterus duplex mit Duplicität der Scheide vor mir habe.

Mit langsamer Extraktion beendete ich nun die Geburt, ohne dabei auf ein bedeutendes Hindernis zu stoßen. Das Kind war ein wohl ausgebildeter reifer Knabe. Stärkerer Blutungen wegen musste ich die 3. Periode künstlich beenden. Eine mäßige atonische Nachblutung stand bald auf Massage des Uterus und subkutane Ergotininjektion. Da ich in den Coagulis vergebens nach der Decidua des zweiten Uterus suchte, so hinterließ ich der Umgebung, streng darauf zu achten, ob sich nicht etwa noch später häutige Gebilde abstoßen würden. Der Verlauf des Wochenbettes blieb bis zum 3. Tage mit Ausnahme heftiger Nachwehen ein normaler. An jenem Tage bemerkte die Hebamme ein schwärzliches, unregelmäßiges Gebilde aus der Scheide hängen, das einem leichten Zuge folgte. Ich erkannte in demselben die aus der rechten Gebärmutter stammende, deren vollständigen Abguss wiedergebende Decidua, die ein beiläufig 4—5 mm dickes, weiches, an seiner äußeren Oberfläche glattes, von Drüsenöffnungen durchlöchertes Gewebsgeflecht darstellte[2].

Von da ab bestanden durch einige Tage heftigere Fieberbewegungen vom nicht schwangeren Uterus ausgehend, die endometritischen Charakters waren.

Bei der nach 14 Tagen vorgenommenen Untersuchung der Genitalien waren noch mäßige Schmerzen vorhanden, wesshalb ich damals von einer genauen Exploration abstand.

Erst am 25. December desselben Jahres gelang es mir die Kranke genauer zu untersuchen und da ergab sich nachstehender Befund:

Die sonst gut entwickelte, mit reichlichem Fettpolster ausgestattete Frau leidet an mäßigen Menorrhagien.

---

[2] Dieses seltene Präparat wird im pathologischen Museum der 2. geburtshilfl. gynäkolog. Klinik in Budapest aufbewahrt.

Aus der Schamspalte ragt, beiläufig 2 cm weit, ein vom hinteren Rande der äußeren Harnröhrenmündung bis zum Frenulum sich erstreckender und nach außen eine Kuppe bildender Schleimhautlappen hervor, der nach einwärts bis zum Gewölbe zu verfolgen ist und derart die Scheide in zwei vollkommen getrennte Hälften theilt.

Dieses Septum ist breiter als der Höhendurchmesser der Scheide und daher gefaltet. In jedem Scheidengewölbe befindet sich je eine Portio vaginalis von normaler Größe so zwar, dass der mediale Fornix-Antheil beiderseits enger ist als der laterale, d. h. beide dem Septum näher liegen. Beide Portionen sind rund mit eingerissenen Rändern und gestatten das Einlegen der Fingerspitze.

Bei der bimanuellen Untersuchung gelang es mir, indem ich je einen Finger an jede Portion legte, die beiden normal großen Uteri je nach rechts und links geneigt zu palpiren. Auch war es mir gut möglich, die Finger der außenliegenden Hand zwischen beide einzudrücken. Beide Uteri waren selbständig beweglich und theilte einer kaum seine Bewegung dem anderen mit.

Es gelang mir selbst mittels der Rectalpalpation nicht, der fettreichen Bauchdecken halber, die Adnexa, Ligamente und besonders das Verhalten des Ligament. sacro uterin. genau zu ermitteln.

Beide Scheiden gestatten ein mittelgroßes Röhrenspeculum leicht einzuführen, mit dessen Hilfe ich beiderseits leichte Erosionen des Muttermundes und mäßigen endometritischen Ausfluss konstatiren konnte. In der Sims'schen Lage dringt die Sonde mit Leichtigkeit 7—8 cm tief in die linke Gebärmutter nach links, in die rechte nach rechts gewendet ein.

Um von dem hinreichend intelligenten Gatten nähere Daten zu gewinnen, machte ich ihn mit dem Resultate meiner Untersuchung bekannt und erfuhr denn auch, dass beide von dem Vorhandensein dieser Anomalie keine Kenntnis hatten und dass ihnen bei der Cohabitation nichts Auffälliges bemerkbar wurde; auch waren sie von dem zur vorletzten schweren Geburt zugezogenen Arzte auf dieses Verhältnis nicht aufmerksam gemacht worden. Die Frau ließ ich auch fernerhin in Unkenntnis über diesen ihren Zustand.

Aus dieser Schilderung erhellt:

1) Dass in diesem Falle die vollkommenste Form des Uterus didelphys vorhanden war.

2) Dass beide Uteri bereits schwanger waren und geboren hatten und dass daher auch in beiden Uteris gleichzeitig Schwangerschaft, ja selbst Superfötation zu Stande kommen kann.

3) Dass diese Bildungsanomalie in gleicher Weise wie kleinere Ovarialtumoren ein Geburtshindernis bedingen könne.

4) Dass, indem sich auch im nicht schwangeren Uterus eine Decidua menstrualis bildet, welche sich bis zum Ende der Schwangerschaft des zweiten Uterus erhält — gleichwie dies der M. Strauch'sche Fall beweist — ein solches Vorkommnis für den Verlauf des Wochenbettes von Bedeutung werden kann, und

5) dass selbes bei Nachblutungen zu Irrthümern Veranlassung geben kann, indem wir in der puerperalen Gebärmutter die Ursache der Blutung vergebens suchen.

III. Ascites als Symptom der Stieltorsion ovarieller Cysten.

Von

Dr. M. Schurinoff, St. Petersburg.

Seit ungefähr 40 Jahren ist die Frage über die Stieldrehung ovarieller Cysten sowohl in anatomischer wie klinischer Richtung bearbeitet worden; Rokitansky[1]

[1] Rokitansky, Lehrbuch der pathol. Anatomie III. p. 413.

und Ribbentrop[2] haben zuerst diese Komplikation beschrieben, der erstere auf Grund von Sektionsbefunden, der letztere nach Beobachtungen an der Lebenden. Seit der Zeit stießen viele Operateure auf diese äußerst ernste Komplikation und diagnosticirten dieselbe mitunter noch zur rechten Zeit.

Die klinischen Erscheinungen der Stieltorsion sind sehr verschiedenartig und ausführlich in Lehrbüchern und Originalarbeiten beschrieben. Die letzte mir zugängliche Abhandlung war so zu sagen eine Monographie, die im Jahre 1886 erschienene Dissertation von Parizot[3]. Ich übergehe als allgemein bekannt die klinischen Symptome und will nur erwähnen, dass mir nirgends in der Litteratur ein Fall begegnet ist, bei dem als einziges Zeichen der Torsion ein so hochgradiger Ascites bestand, dass er das Leben gefährdete. Die Mehrzahl der Autoren berührt den Ascites bei Torsionen nur oberflächlich, als eine mögliche Begleiterscheinung; in der von mir durchgesehenen reichen Kasuistik wird nur in zwei Fällen Péan's[4] der Ascites erwähnt und auch hier nahm er neben den Symptomen einer chronischen Peritonitis nur die zweite Stelle ein.

In der letzten Zeit begegnete mir ein in dieser Hinsicht so ungewöhnlicher Fall, dass ich mich verpflichtet fühle, ihn zur allgemeinen Kenntnis zu bringen.

Darja I-wa, Bäuerin, 27 Jahre alt; mit 14 Jahren die ersten Katamenien; der Typus regelmäßig, dreiwöchentlich, drei Tage; sie heirathete mit 23 Jahren, wurde aber nicht schwanger, war auch nie ernstlich krank. Ungefähr vor 10 Monaten bemerkte sie ein allmähliches Größerwerden des Leibes, das sie für die sehnlichst erwartete Schwangerschaft ansah. Die Menses kehrten jedoch während der ganzen Zeit regelmäßig wieder. Mit der zunehmenden Vergrößerung verbanden sich Schmerzen in der rechten unteren Hälfte des Leibes, wesshalb Pat. am 30. September 1887 in das Landschaftshospital in Jamburg eintrat; es wurde ihr eine Operation vorgeschlagen, sie ging aber nicht auf dieselbe ein und verließ nach dreiwöchentlichem Aufenthalt das Hospital. Die Temperatur blieb während dieser Zeit normal. Den 15. September, also eine Woche vor ihrem Austritt aus dem Hospital wurde bei der Kranken ein Ascites bemerkt, der jedes sichtbaren Grundes entbehrte und keinerlei Klagen hervorrief. Nach der Mittheilung der Kranken soll der Leib nach dem Verlassen des Hospitals schnell gewachsen sein. Der ins Haus gebetene Kreisarzt des St. Petersburger Findelhauses, Dr. Brunner, fand den Zustand in hohem Grade gefahrvoll, in Folge des mechanischen Druckes durch einen kolossalen Ascites. Er machte mit dem Trokar die Punctio abdominis und entleerte ein Wedro (12 Liter) einer vollkommen durchsichtigen, beim Stehen leicht gerinnenden Flüssigkeit. Dieses geschah am 4. Oktober. Den 8. Oktober hatte der Ascites denselben Grad erreicht wie vor der Punktion. Wiederholung derselben und Entfernung einer gleichen Menge gleichartiger Flüssigkeit. Nach der ersten Entleerung fand Dr. Brunner in der linken Unterbauchgegend eine unregelmäßig geformte Geschwulst mit deutlicher Fluktuation. Sogleich nachdem die Punktion wiederholt worden, wurde Pat. in das von Dr. Brunner verwaltete Landschaftshospital übergeführt; hierher zur Konsultation gerufen sahen Dr. Stoll und ich am 11. Oktober 1887 die Kranke das erste Mal.

Status praesens: Pat. ist von mittlerer Größe, befriedigendem Ernährungszustand; die Farbe der äußeren Hautdecken normal; an beiden Unterschenkeln und auf dem Mons Veneris geringes Ödem (das erst 5 Tage besteht). Der Leib ist vergrößert und gleichmäßig ausgedehnt; der weiteste Umfang in der Nabelhöhe; bei der Palpation lässt sich in der Bauchhöhle neben freier Flüssigkeit eine Geschwulst nachweisen, die mit glatter Oberfläche, unbeweglich, wie es scheint in Folge von Verwachsungen, vorn rechts vom Nabel bis zum Beckeneingang der Bauchwand anliegt. Der Ascites verhinderte eine genauere Bestimmung der Masse

[2] Ribbentrop, Preuß. Vereinsztg. 1846. No. 1.

[3] Parizot, De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, Thèse de Paris 1886.

[4] N. N. 522 und 540. 4. Serie des gastrotomies pratiquées pour l'ablation des tumeurs de l'ovaire etc. Cliniques chirurgicales de l'hôpital St. Louis par le Dr. Péan, IV. volume. Citirt von Parizot, l. c. p. 49 und 50.

und Grenzen der Geschwulst. Bei Druck ist der Leib fast unempfindlich. Introitus vaginae, Scheide und Portio die einer Nullipara. Die Portio ist nach hinten verlagert, der Fundus und Corpus uteri sind nicht sicher zu bestimmen. Durch das vordere Scheidengewölbe lassen sich zwei Geschwulsttheile fühlen, ein größerer rechter und ein kleinerer linker, durch eine tiefe Furche getrennt. Beide kann man in die Höhe heben, beide sind glatt und elastisch, der rechte ist ein wenig weicher. Die Größe und Form des linken Theiles und seine Beziehungen zur Portio gestatten die Annahme, dass es der Fundus uteri sei. Die Sondenuntersuchung wurde unterlassen. Im höchsten Grade wurde die Untersuchung durch die straff gespannten Bauchdecken erschwert. Die Geschwulst wurde als Cyste des rechten Ovariums diagnosticirt. Bei der physikalischen Untersuchung der Brustorgane wurde nichts Abnormes gefunden. Der Leberrand überragt nicht den Rippenbogen, die obere Grenze ist die gewöhnliche, Empfindlichkeit fehlt. Im Harn keine pathologischen Bestandtheile.

Da einerseits der Zustand der inneren Organe für die Entstehung des Ascites keinen Grund abgab und andererseits der Charakter der ascitischen Flüssigkeit eine bösartige Neubildung ausschließen ließ, sprach ich die Vermuthung aus, dass eine unvollständige Stieltorsion der Cyste den Ascites bedinge. Theoretisch erschien diese Voraussetzung sehr möglich.

Der Allgemeinzustand der Kranken verlangte eine möglichst schnelle operative Hilfe; Angesichts ihrer Schwäche jedoch und ihrer Abneigung gegen einen Transport nach St. Petersburg wurde beschlossen, die Ovariotomie an Ort und Stelle und zwar noch an demselben Tage auszuführen.

Der Darm der Kranken war Tags zuvor durch Rizinusöl entleert worden, auch hatte Pat. am Vorabend ein Bad genommen. Zur Operation wurde ein großes Zimmer in einer isolirten Baracke ausgewählt, die eben erst renovirt und noch nicht von Kranken eingenommen war. Den Operationstisch bildeten Bretter, die auf hohen Tabourets ruhten und mit vierfach zusammengelegten Decken aus Flanell und einem Gummistoff und Laken bedeckt waren. Die Operation wurde von mir ausgeführt unter Assistenz der Doktoren Stoll, Brunner und des Landschaftsarztes des Jamburgschen Kreises Prochoroff.

Operation 11. Oktober 1887. Chloroformnarkose. Schnitt in der Linea alba vom Nabel abwärts gegen 10 cm lang. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleerte sich eine große Menge durchsichtiger ascitischer Flüssigkeit von gelber Färbung, fettig anzufühlen. Die sich präsentirende Geschwulst erwies sich bei näherer Untersuchung mit der Hand als mehrkammerige Cyste, die vorn rechts mit der Bauchwand durch flächenhafte, leicht zerreißbare Verwachsungen verlöthet war. Die Geschwulst wurde in der Richtung der Bauchwunde mit dem Messer breit eröffnet; der Inhalt war rein colloid. Beim Versuch, die Geschwulst mit Kugelzangen oder Koeberle's Pincetten zu fassen, zerriss das Gewebe äußerst leicht, da es stark ödematös war. Indem nun der linke Rand der Bauchwunde abgezogen wurde, konnte noch ein anderer Geschwulsttheil mit dem Messer eröffnet werden; es ergoss sich daraus eine chokoladeartige, dickflüssige Masse, ohne Blutgerinnsel. Unter weiter fortgesetztem Zuge nach rechts wurde nochmals incidirt, hier war der Inhalt wieder rein colloid. Der Schnitt in der Bauchwand wurde erweitert, bis zwei Querfinger über den Nabel, der dabei links umgangen wurde. Die Verwachsungen wurden stumpf mit der Hand ohne Mühe gelöst und nur an zwei Stellen an den vorderen Bauchdecken mussten stark blutende Gefäße umstochen werden. Jetzt wurde die Geschwulst zu Tage gefördert, sie erwies sich als Cyste des linken Eierstocks. Der Stiel war ein halbes Mal um seine Achse gedreht, so dass die nach vorn gekehrte Fläche der Geschwulst eigentlich die hintere war: die Drehung war von links nach rechts vor sich gegangen. Der Stiel, der aus einem Theil des Lig. latum und der Tuba Fallopii bestand, wurde in zwei Bündeln unterbunden und die Geschwulst abgeschnitten. Die Gebärmutter ist von gewöhnlicher Größe, ihre hintere Fläche mit einer großen Menge Fibringerinnseln bedeckt. Letztere sowohl wie auch die im Becken und in der Bauchhöhle sich befindende Flüssigkeit, wurden möglichst vollständig mit feuchten Kompressen aus Sublimat-

marly entfernt. Die Schnittfläche des Stieles wurde mit Bauchfell bedeckt, mit fortlaufender Naht vernäht, mit Jodoform bepudert und versenkt. Die Bauchwunde wurde mit 10 tiefen und einigen oberflächlichen Knopfnähten vereinigt. Der Verband bestand aus Jodoformmarly, Salicylwatte 4%, aus hygroskopischer Watte und einer unappretirten Marlybinde[5]. Die Kranke wurde in ein Bett gelegt, jedoch im selben Raum gelassen, in dem die Operation ausgeführt worden.

Der Heilungsverlauf war ein vollkommen glatter und fieberfreier; die Temperatur stieg nicht über 37,5. Der erste Verbandwechsel und die Entfernung der Nähte wurde am 23. Oktober, also am 13. Tage vorgenommen, vollständige prima intentio. Am 20. Tage verließ die Kranke das Bett, sie fühlte sich sehr gut, der Ascites kehrte nicht mehr wieder.

Betrachten wir diesen Fall, so sehen wir, dass die Diagnose der Stieldrehung sich bestätigte; nur war die Cyste keine rechtsseitige und der linke Vorsprung täuschte den Fundus uteri vor. Die Folge der Torsion war Ascites und pathologisch-anatomische Veränderungen in der Cyste selbst; diese waren in den einzelnen Geschwulsttheilen verschieden und entsprachen den Veränderungen in der Cirkulation. Der hintere Abschnitt (der vordere bei der Operation) bot die Symptome der Erweichung seiner Wände dar; der rechte enthielt eine hämorrhagische Flüssigkeit und massenhafte Blutergüsse hatten in seine Höhle hinein stattgefunden. Der vordere Tumor war stark ödematös. Die Torsion war keine vollständige, es fehlte jedes Anzeichen einer Gangrän, wie es bei vollkommen aufgehobener Cirkulation sonst der Fall ist. Am 15. September muss die Stieldrehung stattgefunden haben, als der Ascites zum ersten Mal bemerkt wurde. Die peritonitischen Verwachsungen der Geschwulst mit der vorderen Bauchwand waren wegen ihrer leichten Trennbarkeit natürlich frischen Datums und waren die Folge mechanischer Reizung, eben so wie die Fibringerinnsel im Douglas'schen Raum. Das Ödem der Füße erklärt sich durch die Hydrämie, eine Folge der Punktion und des enormen Eiweißverlustes. In klinischer Beziehung bildete der akute Ascites das am meisten in die Augen springende Symptom, an dem die Kranke zweifellos zu Grunde gegangen wäre, wenn man sie nicht operirt hätte. Im Ascites, als einzigem Symptom der Stieltorsion, liegt auch die Eigenthümlichkeit dieses Falles, und ein ähnlicher ist bisher, ich wiederhole es, noch nie am Krankenbett beobachtet oder beschrieben worden.

---

1) J. **Heitzmann** (Wien). Pathologie und Therapie der nicht puerperalen Endometritiden.

(Centralblatt für die gesammte Therapie 1886. No. 1—5.)

Die Erkrankungen des Endometriums sind außerordentlich häufig und vielgestaltig und sind zum großen Theil in den vielfachen Umwandlungen, welche dasselbe während des sexuellen Lebens der Frau erfährt, begründet. Mit Außerachtlassung der durch Neubildungen bedingten, und der im Puerperium vorkommenden Erkrankungen, finden die nicht puerperalen Entzündungen der Mucosa uteri eine ausführliche Besprechung.

Kein Alter ist von dieser Art Erkrankung frei, die meisten entfallen aber auf das zeugungsfähige Alter. Einzelne sind dem Kli-

[5] Zur Naht und Unterbindung wurde nur Seide gebraucht von verschiedener Stärke, die kurz vorher in Sublimatlösung 1:500 gekocht worden. Zum Schutz der Eingeweide und der Wundränder, zum Abtrocknen und dgl. mehr, wurden Kompressen aus Jodoform- und Sublimatmarly benutzt, die in eine warme Lösung von Sublimat 1:1000 getaucht waren, oder auch eben so behandelte Bäusche aus hygroskopischer Watte. Die Instrumente lagen in 5%iger Karbollösung.

makterium eigenthümlich. Die Mannigfaltigkeit in der Erscheinungsform machte es nothwendig, eine Eintheilung zu treffen. Eine solche von Ruge vorgeschlagene beruht auf den histologischen Charakteren, doch genügt dieselbe für die Praxis nicht. Von diesem Standpunkte aus ist es zweckmäßiger, die drei Hauptsymptome ins Auge zu fassen, die Sekretion, die Blutungen und den Schmerz.

Die Absonderung ist nach dem Grade, so wie nach dem Sitze der Krankheit verschieden. Ein wichtiges Prüfungsmittel ist die Sonde, durch sie erfahren wir, ob die Schleimhaut überhaupt krank ist und in welcher Ausdehnung und Intensität. Von den Blutungen sind die typischen und atypischen zu unterscheiden. Eine häufige Art ist die von Abgang blutigen Schleimes außerhalb der Menstruation. Auch bei Berührung mit der Sonde blutet die kranke Schleimhaut leicht. Dieses Symptom ist ein Maß zur Beurtheilung des Grades der Erkrankung. Schmerz kommt eben so als Dysmenorrhoe wie auch als Mittelschmerz vor. Schmerz außer diesen Epochen ist stets durch Miterkrankung der Ovarien, oder des Perimetriums bedingt.

Mit vorwiegender Berücksichtigung der klinischen Merkmale sind 3 Typen der Endometritis zu unterscheiden:

Die mit Hypersekretion einhergehenden, die vorwiegend mit Blutungen auftretenden und die eine Dysmenorrhoe oder überhaupt Schmerzen involvirenden Endometritiden.

Nach den histologischen Veränderungen sind in die erste Reihe die katarrhalischen Endometritiden, Katarrh und Blennorrhoe, in die zweite die hypertrophischen Formen, die diffus hypertrophische, papilläre, fungöse und polypöse Endometritis, so wie die Endometritis decidualis, endlich in die dritte Gruppe die Endometritis dysmenorrhoica, exfoliativa und dissecans einzureihen.

Der Katarrh, insbesondere der chronische, ist so häufig, dass man nur selten Frauen in vorgeschrittenem Alter findet, welche davon frei blieben. Die durch ihn verursachten Veränderungen der Schleimhaut lassen sich auf der ektropionirten Partie genau verfolgen. Bei engem Orificium bedingt die Schwellung das entzündliche Ektropium. Ursprünglich ist zumeist das Collum erkrankt und ergreift erst consecutiv die übrige Schleimhaut.

Die Blennorrhoe, durch Infektion bedingt, ist gewöhnlich von der Vagina her auf das Endometrium übergegangen. Nur die längjährig bestehenden »latenten« Tripperformen des Mannes scheinen nicht selten die Collumschleimhaut primär zu afficiren. Gonokokken finden sich auch im einfach katarrhalischen Sekret, wenn auch spärlich. Spontane Heilung kommt nie vor, dagegen schreitet die Erkrankung immer weiter, entweder durch die Lymphbahnen von Erosionen der Portio, oder per continuitatem, durch die Tuben.

Die diffus hypertrophische Form, auch Endometritis haemorrhagica, betrifft gleichmäßig die ganze Schleimhaut; die Sekretion ist gering, dagegen sind Blutungen konstant, entweder als blutige Ausscheidung oder als Menorrhagien. Meist ist sie Theilerscheinung

weiterer entzündlicher Processe in der Umgebung. Die Schleimhaut ist bis zu 0,5—1,0 cm verdickt, und füllt wie eine schwammige Masse die Höhle aus. Das Prototyp weist das Endometrium kurz nach einem frühen, glatt abgelaufenen Abortus auf. Kommt auch bei Fibromen gewöhnlich vor; eben so im Gefolge von akuten Infektionskrankheiten. Die Schleimhaut ist permanent in einem Zustande, wie Anfangs der Menstruation. Charakteristisch ist der Befund von »Becherzellen« im Sekret; im Allgemeinen gehört diese Form zu den »interstitiellen« Endometritiden; doch ist das von Schröder beschriebene Adenoma diffusum nur als eigene Varietät aufzufassen.

Die papilläre (villöse) Endometritis bedingt partielle Wucherungen der Schleimhaut des Corpus, speciell des Fundus uteri, welche beim Sondiren schmerzen und bluten. Sie sind einfache Hypertrophien der Mucosa mit Degeneration der Drüsen. Diese Form wurde von Slavjansky genau beschrieben. Die Schleimhaut, ihres Epithels beraubt, ist aus 2 in einander übergehenden Lagern zusammengesetzt, deren innere lediglich aus embryonalem Bindegewebe besteht; mit unvollkommen erhaltenen Drüsen. Die innere Lage giebt das Substrat der polypösen Vegetationen ab. Diese Endometritis ist unabhängig von Schwangerschaft und Geburt (Abort) und kommt auch im virginalen Organ als Folgezustand des chronischen Katarrhs vor. Zum Theil gehört auch die von Küstner beschriebene Endometritis mit polypösen Schleimhautprominenzen, so wie die von Nöggerath erwähnte Wucherung der chronisch-blennorrhoisch erkrankten Mucosa hierher.

Die Endometritis fungosa (Récamier, Olshausen) zeichnet sich zumeist durch Blutungen aus, die monate-, selbst jahrelang bestehen können. Bei der Untersuchung mit dem Finger nach vorheriger Erweiterung findet man am Fundus eine Verdickung der Schleimhaut und eine Weichheit derselben, so dass die Fingerspitze dieselbe leicht eindrücken kann. Polypöse Gebilde sind nie zu fühlen. Die Wucherungen sitzen sehr locker. Die Dicke der Mucosa beträgt 2—5 mm, die Oberfläche ist glatt. Das Oberflächenepithel ist dabei normal, die Drüsenlumina mäßig dilatirt, Gefäße ektasirt, dazwischen zellige Infiltration. Die Ätiologie dieser Erkrankung, besonders im Klimakterium, ist unbekannt.

Die Endometritis polyposa kommt in 2 Formen vor; die eine befällt nur die Collumschleimhaut nach chronischer Cervicitis: Circumscripte Wucherungen des Arbor vitae in Form von Polypen, nebst Erweiterung des Lumens des Collum. Gewöhnliche Symptome sind Hypersekretion und Blutungen, so wie Dysmenorrhoe, in Folge des mechanischen Hindernisses. Die andere Form, von Klebs beschrieben, besteht in einer Wucherung der Körperschleimhaut in Gestalt von querverlaufenden Furchen. Im Stroma finden sich dichtgelagerte große Sternzellen, dazwischen erweiterte Lymphräume.

Diese Form macht keine Dysmenorrhoe, nur starke Sekretion, auch keine Blutungen, ist überhaupt selten.

Die Endometritis decidualis steht immer mit Entbindungen, besonders mit Aborten in Zusammenhang. Die mangelhaft involvirte Schleimhaut wuchert wochen-, selbst monatelang fort. Müschkin unterscheidet die 3 Hauptformen, die interstitielle, die parenchymatöse und die gemischte. Hierzu kommt noch die von Maslovsky beschriebene Endometritis decidualis cystica. Schon während oder selbst vor Beginn der Schwangerschaft kann Endometritis vorhanden sein, welche dann zur decidualen wird. Erfolgt die Ausstoßung der Frucht zu einer Zeit, wo in der Decidua noch kein regressiver Process eintrat, entstehen aus deren Resten polypöse Wucherungen. War die Decidua reflexa schon nicht mehr lebensfähig, so entstehen aus Theilen der Vera Adenome.

Die Endometritis dysmenorrhoica ist vorzüglich durch Schmerzen während der Menstruation gekennzeichnet. Sie kommt am häufigsten bei jungen Mädchen und Nulliparen vor. Der Schmerz kann auch vor der Periode oder als sogenannter Mittelschmerz auftreten. Ausnahmsweise dauert der Schmerz kontinuirlich fort — »irritable Uterus« nach Routh. Dieser unterscheidet 3 Stadien: Isolirte Erkrankung des Collum, Miterkrankung des Corpus, Mitergriffensein der Tuben, und führt das Leiden auf eine gonorrhoische Infektion zurück.

Die Endometritis exfoliativa geht mit theilweiser Ausstoßung der Schleimhaut während der Periode einher. Nach dem verschiedenen Baue der ausgestoßenen Membranen zu urtheilen, ist diese Erkrankung mehr Theilerscheinung verschiedener anderer endometritischer Processe. Begünstigt wird der Vorgang durch die zwischen oberen und tieferen Schichten erfolgenden Extravasate. Ätiologisch wirken theils lokale, theils in der allgemeinen Konstitution begründete Schädlichkeiten ein. Das Leiden ist sehr hartnäckig und schwindet zuweilen erst im Klimakterium, bedingt aber keine Sterilität.

Die Endometritis dissecans (Kubassow) bedingt nicht allein Ausstoßung der Schleimhaut, sondern auch der angrenzenden Schicht der Muscularis. Ihre Symptome sind: Erbrechen, Durchfälle, Empfindlichkeit des Uterus (Perimetritis), Fieber. Die Krankheit ist eine schwere, kann auch letal enden und ist als phlegmonöser Process aufzufassen. Dieser Endometritis ist der außer dem Puerperium seltene Krup anzureihen.

Die Endometritis atrophicans kommt nur im höheren Alter vor. Die Schleimhaut ist verdünnt, — daher auch destruirende Endometritis genannt, — ihre Oberfläche ist glatt, das Cavum uteri erscheint desshalb erweitert. Meist sind auch die Wände im Ganzen verdünnt. Bei einer anderen Form scheint die ganze innere Oberfläche wie granulirend, wund und blutet leicht bei Berührung mit der Sonde. Diese Art kommt häufiger bei Frauen vor, die ge-

boren haben. Durch Verwachsungen entstehen auch Stenosen und Atresien im Uterus. Die Schleimhaut zeigt nicht selten circumscripte Suggillationen. Bei dieser Endometritis wird das Epithel niederer, verliert den Flimmerbesatz und nimmt endlich den Charakter eines unregelmäßigen Pflasterepithels an — Psoriasis uteri? Von den Drüsen sieht man zuletzt kaum mehr Spuren im Körper, während im Collum Ovula Nabothi wuchern. Das interglanduläre Gewebe wird faserig, narbig. Es findet eine dünnflüssige, opake oder mehr eitrige Absonderung statt, bisweilen treten auch atypische Blutungen auf, Schmerz nie. Im Ganzen ist diese Form als eine Endometritis bei senil veränderter Schleimhaut aufzufassen, welche meist auf eine gonorrhoische Infektion zurückzuführen ist.

Die im Gefolge mancher Allgemeinerkrankungen auftretenden Endometritiden, wie bei Syphilis, Tuberkulose vorkommenden, tragen nicht den Charakter einer Specificität. Bei der ersteren wäre eine histologisch nachweisbare Wucherung der Gefäßwände, insbesondere der Intima hervorzuheben.

Bezüglich der Therapie ist zunächst das veranlassende Moment zu eruiren und zu bekämpfen, demnach ist dieselbe bald eine rein lokale, bald mehr eine allgemeine. Erstere kann wieder eine indirekte oder eine direkte sein. Die indirekte ist gegen die Mitaffektionen der benachbarten Organe der Gebärmutter gerichtet. Speciell eine katarrhalische Erkrankung der übrigen Schleimhaut des Genitaltractes soll stets zuvor geheilt werden, bevor die Endometritis in Behandlung gezogen wird; noch mehr gilt dies von entzündlichen Affektionen der Adnexe. In dieser Hinsicht ist auch auf Schwellungen, Lageveränderungen, Adhäsionen, Erosionen etc. Rücksicht zu nehmen.

Zur richtigen Wahl der direkten lokalen Behandlung ist die vorherige diagnostische Anwendung der Sonde unerlässlich. Diese giebt uns Aufschluss über Sitz, Art, und Intensität der Erkrankung. Die Sonde soll stets unter Kontrolle des Spiegels eingeführt werden.

Bei den katarrhalischen Formen ist Aufgabe der Therapie: sorgfältige Entfernung des Sekretes und Applikation eines Adstringens auf die Schleimhaut, besonders auch auf deren Drüsen. Bei engem Orificium, besonders bei gleichzeitiger Erweiterung des Collumkanals, ist zuvor die Dilatation oder selbst die Discission erforderlich. Zuweilen genügt das einfache Herabziehen und Strecken des Organs. Das Adstringens wird entweder auf die Schleimhaut eingepinselt, mit der Playfair'schen Sonde, oder einem ähnlichen Instrument, auch mittels einer Baumwollwieke, die man mit der Bozeman'schen Zange gefasst hat, — oder durch Einführen des Mittels in flüssiger Form. Dazu dient die Bandl'sche Kanüle, welche mit Hilfe des kurzen Speculums applicirt wird, entweder in der Originalform von Bandl, oder in der Modifikation nach H. Als adstringirende Lösung ist besonders die 10%ige Lösung von Cupr. sulf. zu empfehlen.

Eine andere wesentlich verschiedene Form der Ausspülung des Uterus mit einer adstringirenden Lösung besteht in dem Einführen

des Doppelkatheters nach Fritsch-Bozeman, durch welchen größere Mengen von Flüssigkeit, 1/2—2 Liter, durch den Uterus geleitet werden können. Man benutzt hierzu in der Regel schwache desinficirende Lösungen. Von diesen beiden letzterwähnten Methoden verdient die erstere — Anwendung der Kanüle — unbedingt den Vorzug, da sie einfacher und gefahrloser ist, auch in der Regel keiner vorbereitenden Erweiterung der Ostien bedarf, da selbst bei relativ engem Lumen die Applikation der Kanüle sofort geschehen kann. Bei der Ausspülung werden die vorhandenen Sekrete nicht so gründlich entfernt, wie mit der Kanüle. Der Hauptfehler bei Anwendung des Doppelkatheters liegt aber im Ausfall energischer Kontraktionen des Uterus, da dieser eher in einen Zustand von Schlaffheit versetzt wird. Für sehr hartnäckige Uteruskatarrhe kann das Curettement mit nachträglicher Ausätzung vorgenommen werden.

Die trockene Behandlung der Gebärmutterkatarrhe mittels Einblasen pulverförmiger Substanzen, wie sie von Kugelmann beschrieben, von H. aber schon in ähnlicher Weise vor Jahren durchgeführt wurde, ist zwar sehr bequem, leistet aber verhältnismäßig zu wenig. Verf. wandte zu diesem Zweck reine Borsäure an.

Bei den hämorrhagischen Formen ist wieder in erster Linie das Grundleiden zu berücksichtigen, lokal ist stets eine stärkere Ätzung angezeigt. Am besten wendet man den Porte-caustique an, bei weiten Ostien ist es zweckmäßiger, einen stärkeren Lapisstift direkt einzuführen und mit diesem zu ätzen, ohne ihn jedoch liegen zu lassen. Letztere Methode hat aber einen Nachtheil, da nicht alle Buchten und Falten gleichmäßig getroffen werden. Auch mit ätzenden Lösungen getränkte Baumwollbäuschchen können benutzt werden, in ähnlicher Weise, wie beim Katarrh, zum Auswischen der Gebärmutter.

Ein heute, wohl mit Unrecht, seltener angewandtes Mittel ist die Intra-uterin-Spritze von C. Braun, mit welcher Liquor ferri oder Jodtinktur, mit der nöthigen Vorsicht, in den Uterus geträufelt werden kann. Alle diese Methoden eignen sich aber nicht dort, wo bedeutendere Wucherungen oder gar Placentar- oder Deciduareste vorhanden sind. Auch das Tamponiren mit klebender Jodoformgaze kann in gewissen Fällen zweckmäßig sein.

Bei den dysmenorrhoischen Formen ist die Behandlung sehr verschieden. Ist ein mechanisches Moment nachweisbar, so soll zunächst dieses durch die geeigneten Mittel beseitigt werden. Ist die Ursache habituelle Kongestion, so kann eine Stichelungskur in Anwendung kommen. Für andere Fälle dieser Art von Endometritis passt das Einführen von Jodoformstäbchen, doch ist diese Therapie meist ganz problematisch. Gegen die Endometritis dissecans hat Kubassow eine Reihe von geeigneten Mitteln angegeben. Bei der atrophischen Endometritis sind meist alle Bemühungen vergeblich, es ist demnach eine rein symptomatische Behandlung angezeigt.

Felsenreich (Wien).

Kasuistik.

2) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung am 21. Juni 1887.

Vorsitzender: Herr Reusche; Schriftführer: Herr Jollasse.

Herr Strack berichtet über die Sektion des in voriger Sitzung demonstrirten Kindes. In der Bauchhöhle fand sich etwas Ascites, ferner ein kindskopfgroßer Sack, in welchen beide Ureteren, der doppelhörnige Uterus und der Darm endeten. Außerdem fand sich Spina bifida, worauf wohl die Missbildung der Extremitäten zu beziehen ist.

Herr Staude spricht über Ovariotomia inter graviditatem. Unter Besprechung der über das betreffende Thema existirenden, wichtigsten Litteratur, des Einflusses der Ovarialtumoren auf Schwangerschaft und Geburt, der Diagnose und Therapie dieser Komplikation, theilt S. 2 Fälle mit, in denen der im 3. resp. 2. Schwangerschaftsmonat nachgewiesene Sitz des Tumors im Douglas die Indikation zur schleunigen Ovariotomie gab.

Fall I. Multipara, die bisher mehrmals ohne Schwierigkeiten geboren hatte. $1^1/_2$ Jahre vor der Operation erkrankte sie angeblich an einer Entzündung im Becken, d. h. man wies damals bei ihr einen schmerzhaften Tumor rechts vom Uterus nach, der als Exsudat angesehen wurde. Mit der Zeit gewann dann der behandelnde Arzt die Überzeugung, dass es sich nicht um ein Beckenexsudat, sondern um einen Ovarialtumor handele. Im Oktober 1886 letzte Menses, im Januar 1887 kommt Pat. in S.'s Behandlung. Befund: Graviditas mens. III. Rechts hinter dem Uterus liegt ein gut citronengroßer, länglicher Tumor, nicht empfindlich, nicht fluktuirend, nicht beweglich. Nach 2maliger Untersuchung wird die Diagnose auf hinter dem Uterus liegenden, adhärenten Ovarialtumor gestellt und wird vermuthet, dass die vor $1^1/_2$ Jahren überstandene Entzündung vielleicht schon in der Existenz des Tumors ihre Ursache gehabt und zur Fixation desselben geführt habe. Da der hinter dem Uterus liegende, fixirte Tumor ein Geburtshindernis abgeben musste, wird die Ovariotomie beschlossen. Bei der Laparotomie fand man hinter dem dem 3. Monat entsprechend vergrößerten Uterus den Tumor von der angegebenen Größe so vollständig in Adhäsionen eingebettet, dass es im ersten Augenblick den Anschein hatte, als könnte man den Tumor überhaupt nicht herausschälen. Allmählich gelang an einer von der Beckenwand entfernten Stelle die Trennung der Adhäsionen so weit, dass man den Tumor ins Bereich des Gesichts ziehen konnte, und nun seine Ausschälung und Entfernung. Kurz ehe er ganz heraus war, platzte er und entleerte einen dicken, grützartigen, mit Haaren untermischten Inhalt, der sich bei seiner Zähigkeit leicht ganz aus der Cyste herauswischen ließ. Ein Stiel existirte nicht. Die rechte Tube, sonst normal, war am Tumor durch Adhäsionen befestigt. Da die Stelle, wo sie vom Tumor losgelöst worden war, blutete, wurde die Tube hinterher unterbunden und entfernt. Toilette, Bauchnaht, glatte Rekonvalescenz. Der Tumor war eine Dermoidcyste des rechten Ovariums.

Fall II. Bei einer Frau, die 1mal geboren hatte, fand man hinter dem normal gelagerten Uterus einen ca. apfelsinengroßen, beweglichen Tumor. Da die Pat. angab, dass ihre Menses 1mal ausgeblieben seien, so wird darin um so mehr ein Grund zur Ovariotomie gesehen. Rasche, glatte Ovariotomie. Die Schwangerschaft entwickelt sich weiter und im Verlauf der Rekonvalescenz stellt sich eine Retroflexion des graviden Uterus her. Nach Reposition desselben wird die Pat. mit einem Hodge'schen Pessar entlassen. Der Tumor war eine einfächrige, vom linken Ovarium ausgehende Cyste.

Beide Pat. haben später normal geboren.

In der Diskussion fragt Herr Fränkel 1) ob das Ereignis der Stieldrehung der Ovarialtumoren während der Gravidität häufiger sei als sonst und 2) ob die betreffenden Frauen alle in Folge der Tumoren gestorben seien.

Herr Staude: Stieldrehung ist während der Gravidität allerdings häufiger. Die Statistik der Gestorbenen betreffend hat Redner den Eindruck gewonnen, dass

viele Frauen an der Komplikation von Gravidität mit Ovarialtumoren zu Grunde gehen.

Herr Fränkel glaubt nicht, dass Gravidität die Stieldrehung begünstige, auch giebt er nicht zu, wie Staude in seinem Vortrage erwähnt habe, das gewöhnlich auf Stieldrehung Peritonitis folge; dies hinge vielmehr von der Beschaffenheit der Cysten ab.. Ferner bezweifelt Redner, dass es sich in dem von Staude mitgetheilten Falle überhaupt um Stieldrehung gehandelt habe.

Her Staude entgegnet: Es könne keinem Zweifel unterliegen, dass Stieldrehung circumscripte Peritonitis verursachen könne, wenn auch nicht gerade müsse. In seinem Falle sei ein deutlicher Stiel nicht nachweisbar gewesen, die Tube lief über den Tumor hinweg; wenn man keinen Stiel mehr auffinden könne, und sehr viele Adhäsionen vorhanden seien, so sei man doch zu Redners Annahme berechtigt.

Sitzung am 10. Juli 1887.

Vorsitzender: Herr Reusche; Schriftführer: Herr Schütz.

Herr Happe berichtet über Behandlung der Rachitis mit Phosphor nach eigenen Erfahrungen und über die betreffende Monographie von Kassowitz. Er glaubt, dass die besseren Resultate von Kassowitz und Soltmann im Gegensatz zu Eisenschütz besonders darauf beruhen, dass erstere eine andere als die in der Pharmacopoe angegebene Lösung (1 : 80) verwandten, nämlich eine Lösung von 1 : 300 in Ol. olivarum. Herr Happe verwandte stets nur diese und hatte damit sehr befriedigende Resultate. Eine Lösung von 1 : 200 oder 300 hat Herr Happe nach Monaten noch klar gefunden.

Herr Piza hat mit geringen Dosen 0,001—0,002 p. d. gleichfalls gute Erfolge erzielt und warnte nur vor zu sanguinischen Hoffnungen.

Sitzung am 20. September 1887.

Vorsitzender: Herr Reusche; Schriftführer: Herr Schütz.

Herr Schmalfuß: Ein Beitrag zur Kasuistik der Laparotomie bei tuberkulöser Peritonitis.

(Der Vortrag ist an anderer Stelle in diesem Blatte in extenso veröffentlicht.)

Herr Staude demonstrirt ein durch Laparotomie (supravaginale Amputation) entferntes Myom. Dasselbe stammt von einer 39jährigen Frau, die im Verlaufe mehrerer Jahre eine allmähliche Anschwellung des Leibes bemerkt hatte. Die Pat. war 101 kg schwer, Leibesumfang 122 cm. Die äußere Untersuchung ließ einen außerordentlich derben, ziemlich beweglichen Tumor erkennen; bei der inneren Untersuchung fand man denselben rechts tiefer herabragen als links. Aus dem Muttermund ragte ein 2 Zoll langer Polyp, der zunächst entfernt wurde.

Eine $^3/_4$ Jahr lang fortgesetzte Ergotinbehandlung hatte keinen Erfolg, der Leibesumfang wuchs auf 125 cm.

Am 16. August dieses Jahres machte Herr S. deswegen die Laparotomie; die Verhältnisse erwiesen sich als sehr günstig; nachdem die Lig. lata unterbunden, bezw. abgetrennt waren, ließ sich der Tumor leicht hervorwälzen, wurde an der Basis durch einen Gummischlauch umschnürt und abgetragen. Nachdem eine Nadel durch den Stiel gestoßen war, wurde derselbe gebrannt und mit Tanninsalicyl bestreut. Erster Verbandwechsel nach 8 Tagen; in der 2. Woche bekam Pat. ein kleines Exsudat. Der Stiel wurde am 14. Tage abgeschnitten. Nach 4 Wochen konnte Pat. mit einer kleinen granulirenden Stelle entlassen werden.

Herr Schütz fragt Herrn Staude, warum er von der intraperitonealen Methode den Stiel zu behandeln abgegangen sei. Die Resultate seien nach der Schröder'schen Statistik bei dieser Methode sehr gute, im vorliegenden Falle sei ein Exsudat aufgetreten, welches für das fernere Leben der Pat. von bemerkenswerther Bedeutung sein könnte, zudem sei die Heilung nach 4 Wochen noch nicht völlig beendet, da die granulirende Stelle sie für längere Zeit noch arbeitsunfähig erscheinen lasse.

Herr Staude erinnert sich nicht genau, wie viel Myomotomien er gemacht habe; jedenfalls sind von 4 mit intraperitonealer Behandlung des Stieles ihm 3.

von 4 mit extraperitonealer Behandlung nur eine gestorben. Die Operation lasse bei extraperitonealer Versorgung des Stumpfes sich schneller machen, was bei den in Folge der Blutungen anämischen Personen sehr wichtig sei. Häufig habe er sich erst bei der Operation für die Art der Stielbehandlung entschieden.

Herr Kümmell hat in den letzten Wochen 4 Myomotomien gemacht und stets die extraperitoneale Methode gewählt; die Operation lasse sich in viel kürzerer Zeit machen. Die Uterusinnenfläche, die bei der intraperitonealen Methode so häufig die Quelle der Infektion sei, lasse sich sehr schlecht desinficiren.

Herr Schmalfuß erwähnt, dass nach Veröffentlichung von Tauffer die extraperitoneale Methode bessere Resultate quoad vitam und auch in Bezug auf reaktionslosen Verlauf gegeben habe; die von Schede nach der intraperitonealen Methode Operirten sind sämmtlich an sekundärer Sepsis gestorben, während die nach der Hegar'schen Manier Operirten alle geheilt sind.

Herr Staude rühmt die Behandlung des Stumpfes mit Salicyltannin.

Herr Aly hat mit diesem Mittel auch ein sehr gutes Resultat gesehen, Jodoformgaze schiene ihm unzureichend, wenn man den Verband länger liegen lassen wolle.

Herr Schmalfuß: Schede nähme nur Jodoformgaze und ließe den ersten Verband meist 14 Tage liegen.

Herr Kümmell verwendet auch nur Jodoformgaze mit demselben Erfolge.

Herr Staude erwähnt noch, dass die guten Resultate Schröder's nur seiner vorzüglichen Technik zuzuschreiben seien.

Herr Schütz spricht über Haematocele retro-uterina und demonstrirte die Temperaturkurve eines im allgemeinen Krankenhause auf seiner Abtheilung beobachteten Falles.

Eine 35 Jahre alte Arbeitersfrau, unregelmäßig zu häufig, profus menstruirt, hatte 4mal l. o. K., zuletzt vor 9 Jahren geboren. Ende Juni dieses Jahres fiel sie von der Bettstelle auf die Erde, verspürte einen heftigen Schmerz im Leibe und musste sich zu Bett legen. 8 Tage später stellten sich unter Auftreten von Fieber Blutungen ein. Bei einer mit dem behandelnden Arzte vorgenommenen Untersuchung wurde die Diagnose auf ein retro-uterines Exsudat mit Endometritis und Metritis gestellt. Ende Juli hörten die Blutungen auf, das Fieber wie auch die Schmerzen hatten sich beträchtlich gesteigert. Das hintere Scheidengewölbe war durch einen fluktuirenden Tumor tief herabgedrängt. Der qualvolle Zustand der Pat. forderte dringend baldige Abhilfe. Eine vorgenommene Probepunktion ergab dunkles, dünnflüssiges Blut. Da Vortr. wegen der schlechten äußeren Verhältnisse und mangelhaften Pflege eine ausgiebige Eröffnung der Hämatocele scheute, wurde dieselbe mit einem 6 mm-Trokar punktirt und etwa 200 ccm Blut entleert. Die Scheide wurde mit Jodoformgaze ausgestopft. Nach einigen Tagen — am 9. August — hatte sich der Zustand so weit gebessert, dass Pat. — sie musste über die Elbe gebracht werden — in das allgemeine Krankenhaus transportirt werden konnte. Hier gelang es durch desinficirende Ausspülungen das Fieber, welches bis zu 40,4 einmal angestiegen war, in 8 Tagen zu beseitigen. Pat. konnte nach weiteren 4 Wochen, am 18. September, geheilt entlassen werden.

R. hält die Haematocele retro-uterina für eine seltene Affektion; nur durch Punktion oder durch Sektion bestätigte Diagnosen sollten bei der Statistik verwandt werden, deren ungleiche, widersprechende Zahlen durch nicht sicher gestellte Fälle zu Stande gekommen wären. Betreffs der Ätiologie möchte im vorliegenden Falle, wo die Entstehung in die menstruationsfreie Zeit fiel, eine Blutung aus einem Gefäß einer Varicocele im Lig. latum anzunehmen sein. Die später auftretende Blutung aus dem Uterus spricht durch die eigenthümliche Beschaffenheit des Ausflusses sehr für die von Winckel gegebene Erklärung, dass durch den intraabdominellen Druck aus der Hämatocele durch die Tube Blut entleert wird und dass auf demselben Wege rückwärts eine Infektion des Ergusses stattfindet und dadurch das Fieber bedingt wird.

Betreffs der Therapie würde Vortr. bei einer ohne Fieber verlaufenden Hämatocele stets exspektativ verfahren und nur bei einem jauchenden Exsudat

incidiren und die Höhle desinficirend behandeln; eine Punktion ist ungenügend und nicht empfehlenswerth und kann nur als eine vorläufige Hilfe gelegentlich angewandt werden, wo wie in dem vorliegenden Falle die Verhältnisse nichts Anderes gestatten.

---

3) **J. M. Baldy.** Pyosalpinx in Bezug auf Puerperalfieber.

(Journ. of the amer. med. assoc. Chicago 1887. Juni 18. p. 694.)

Gar nicht selten ist die Ursache schwerer Puerperalfieber in einer septischen Salpingitis zu finden, wie auch Sänger, Schröder u. A. beobachtet haben. Zuweilen ist schon vor dem Puerperium die Tubenerkrankung vorhanden, und wird dadurch nur in akuter Weise verschlimmert, wogegen Mestin 70 Fälle der Art auffand, in welchen der Status puerperalis erst die Krankheit erzeugt zu haben scheint. Wenn B. freilich den Beweis dafür darin sucht, dass stets der Mikroorganismus der puerperalen Septikämie in dem Eiter aufgefunden sei, so scheint dem Ref. dies einigermaßen gewagt, da doch ein ganz specifischer, nur dieser Krankheit allein zukommender Mikroorganismus noch nicht aufgefunden sein dürfte.

B. hat nun in einem Fall von derartiger puerperaler Salpingitis die Laparotomie gemacht, wobei die kranke Tube nebst Ovarium aus ihren starken Adhäsionen herausgeschält und entfernt wurde; Ausgang in Heilung. In Philadelphia sind schon 3 derartige Operationen außer dieser ausgeführt worden, 1 von Longaker, 2 von Price, nur 1 der letzteren scheint Ausgang in Heilung gleich dem hier mitgetheilten genommen zu haben. **Lühe** (Demmin).

4) **Z. Scott** (Scandia). Chinin während der Geburt.

(Med. age 1887. No. 8.)

S. hat Chinin sulf. mit Erfolg während der Austreibungsperiode gegeben. Die Wehen wurden regelmäßiger und kräftiger; es treten seltener Postpartumblutungen auf. Außerdem soll es septischen Wochenbettserkrankungen vorbeugen. S. giebt ca. 0,3 pro dosi, unmittelbar nach der Geburt 0,9 auf einmal.

Graefe (Halle a/S.).

5) **Ch. Maygrier.** Über zwei Fälle von Vorfall der Nabelschnur vor Eintritt der Geburt.

(Progrès med. 1887. No. 24.)

In beiden Fällen handelte es sich um Multiparae im 7. resp. 8. Monat der Gravidität, bei welchen schon längere Zeit, bei der einen angeblich seit 2 Monaten, Fruchtwasser abging. Wehen waren noch nicht eingetreten; der Cervikalkanal war vollständig erhalten. Trotzdem trat bei beiden Schwangeren in einem Moment, während dessen sie gelegentlich der Defäkation die Bauchpresse anstrengten, Nabelschnurvorfall ein. Die anfänglich vorhandene Pulsation des Stranges hörte bald auf. Von Repositionsversuchen wurde desshalb abgesehen. Die Wehenthätigkeit erwachte nach einigen Stunden und führte zur spontanen Geburt der abgestorbenen Föten.

In beiden Fällen wurde das Zustandekommen des Vorfalles durch die frühzeitige Ruptur der Eihäute, die Kleinheit der Früchte, das Abweichen des Kopfes vom Beckeneingang, in dem einen auch noch durch die Länge der Nabelschnur begünstigt.

M. räth bei noch pulsirender Nabelschnur in Knie-Ellbogenlage Repositionsversuche auf instrumentellem Wege anzustellen. Das Verfahren, welches er hierfür angiebt, ähnelt dem bei uns als Roberton'schen bekannten sehr. Nur wird der elastische Katheter entfernt. **Graefe** (Halle a/S.).

6) **Mayo Robson** (York). Ovariencyste von außergewöhnlicher Größe.

(Lancet 1887. Juli 30. p. 213.)

Pat., 37 Jahre alt, litt seit 13 Jahren an einer Abdominalgeschwulst, welche langsam an Umfang zugenommen hatte. Vor 6 Jahren war die Cyste geborsten, die Flüssigkeit hatte sich durch die Nieren entleert, welche durch 3 Wochen jeden Tag 2 Liter Urin secernirten. Der Umfang des Leibes war kolossal, die abgemagerte

Gestalt schien ein Anhängsel der Geschwulst zu sein. Die Rippen waren wie Flügel ausgebreitet, die Herzspitze schlug im dritten Intercostalraum an. Bei der Operation entleerten sich fünfundachtzig Pints (ca. 42 Liter) schmutzig grauer Flüssigkeit. Heilung. **Engelmann** (Kreuznach).

7) **Frascani.** Fötale Messungen.

(Annali di ostetricia T. VIII. p. 539.)

F. hat 83 Föten mit einem Gewicht von 3000—3500 g seinen Messungen unterzogen und kommt zu folgenden Resultaten:

Die Messungen des Diameter bimastoideus haben bei den Föten (männlichen wie weiblichen) von demselben Körpergewicht eine gleiche Größe ergeben, 7,5 cm, woraus Verf. auf eine gleiche Größe der Schädelbasis bei Knaben und Mädchen von gleichem Körpergewicht schließt und demnach für Knabengeburten dieselbe günstige Prognose stellt wie für Mädchengeburten.

Dagegen überwiegen bei seinen Messungen die queren Durchmesser der weiblichen Becken, gegenüber denen der männlichen, immer gleiches Körpergewicht vorausgesetzt. **Menzel** (Görlitz).

8) **Ferdinand Purcell** (London). Fall von vaginaler Hysterektomie bei maligner Erkrankung.

(Lancet 1887. August 27. p. 411.)

Der Fall betraf eine 46jährige Frau, welche einmal vor 24 Jahren geboren hatte, bis vor sechs Monaten gesund war, zu welcher Zeit sich die ersten Erscheinungen von Cervixkrebs zeigten. Der Cervix wurde ausgekratzt und stark kauterisirt, doch nach einigen Wochen bereits zeigte sich Recidiv. Die Erkrankung nimmt nun den ganzen Cervix bis zum inneren Muttermund oder darüber hinaus ein; die Vaginalwand ist gesund, Uteruskörper leicht beweglich, vergrößert, besonders nach der linken Seite zu; die breiten Mutterbänder erscheinen gesund, erkrankte Drüsen sind nicht zu fühlen. Die Operation wird in der gewöhnlichen Weise gemacht. Heilung nach sechs Wochen. **Engelmann** (Kreuznach).

9) **Moerloose.** Drillingsgeburt.

(Journ. d'accouch. 1887. No. 11.)

Unter 14000 Entbindungen sind in der Brüsseler Entbindungsanstalt nur 3 Drillingsgeburten beobachtet. Bei der ersten blieben alle 3 Kinder am Leben: bei der zweiten wurden sie zu frühzeitig (5. Monat) und macerirt geboren; bei der dritten, über welche Frl. M. berichtet, kamen die Kinder lebend zur Welt, tranken an der Brust und verließen die Anstalt in sehr befriedigendem Zustand. Die Mutter war eine IVpara, deren vorausgegangene Geburten normale gewesen waren. Die Diagnose von Drillingsschwangerschaft wurde nicht von vorn herein gestellt. Erst als nach dem Blasensprung ein zu der nicht übermäßigen, aber doch bedeutenden Ausdehnung des Abdomen nicht im Verhältnis stehender kleiner Kopf konstatirt wurde, schöpfte man Verdacht auf Zwillinge, welche durch den Nachweis mehrerer großer Theile bestätigt wurde. Nach Entwicklung des ersten Fötus mit der Zange (Schädellage) wurden zwei weitere im Uterus nachgewiesen, von denen der nächste gleichfalls mit dem Forceps extrahirt wurde, der dritte an den Füßen. Das erste Kind wog 1350, das zweite 1850, das dritte 1450 g.

Graefe (Halle a/S.).

10) **Lefour** (Bordeaux). Über Urinretention bei einem Fötus trotz Durchgängigkeit der Urethra.

(Progrès méd. 1887. No. 21.)

Bei einer 33jährigen Vpara, welche vier normale Kinder geboren hatte, folgte bei der fünften Geburt, nachem der Kopf geboren war, der Rumpf trotz kräftiger Wehen und wiederholter Extraktionsversuche nicht. Eine genaue Untersuchung ergab, dass ein umfangreicher, über dem Beckeneingang befindlicher, unterhalb des fötalen Sternum beginnender Tumor das Geburtshindernis abgab. Da das Kind

abgestorben und der Uterus tetanisch kontrahirt war, so öffnete L. die Brust, durchbohrte dann die thoraco-abdominale Scheidewand, worauf sich einige Esslöffel Flüssigkeit entleerten. Er stieß auf eine fluktuirende Geschwulst, welche er mit der Schere anschnitt. Es entleerte sich eine große Menge schwach gelblicher Flüssigkeit. Sofort wurde der Fötus geboren.

Die Autopsie des Kindes ergab, dass der Tumor von der hochgradig dilatirten Blase gebildet worden war. Unerwarteterweise fand sich die Urethra, wie Injektionsversuche von einem Ureter aus ergaben, völlig durchgängig. Auffällig war es, dass die Blase nicht gleichmäßig dilatirt war, sondern rechts weit stärker als links, wahrscheinlich eine Folge der hier bedeutend schwächer entwickelten Muskulatur. Ferner zeigte sich, dass in ca. einem Drittel dieser Seite die kleineren Arterien vollständig obliterirt waren. Weiterer Befund: Geringe Hypertrophie der Ureteren; Nieren und Nierenbecken in jeder Hinsicht normal.

Sehr merkwürdig ist die bedeutende Urinretention trotz Durchgängigkeit der Urethra, ohne Dilatation der Nierenbecken, ohne sekundäre Veränderung der Nieren selbst.

L. knüpft an diesen Fall einige kurze Bemerkungen über die Schlüsse, welche man vielfach aus der Urinansammlung in der Blase bei Verschluss der Ausführungsgänge gezogen hat. Er glaubt nicht an eine erhebliche, fötale Urinsekretion. Die in den verschiedenen Fällen gefundene Urinmenge ist eine sehr verschieden große gewesen; oft eine geringere bei älteren Föten als bei jüngeren, eine Erscheinung, welche jener Hypothese widerspricht. L. nimmt an, dass unter gewissen, noch nicht bekannten Verhältnissen größere Urinmengen ausgeschieden und bei Durchgängigkeit der Ausführungswege in die Eihöhle entleert werden können. Dass in dem mitgetheilten Fall eine solche Entleerung nicht eintrat, schiebt er auf die oben kurz beschriebenen abnormen Strukturverhältnisse der Blase.

Bei lebendem Kind räth L. in ähnlichen Fällen nicht so zu verfahren, wie er es in dem vorliegenden gethan, sondern die Blase mit einem dünnen Trokar zu punktiren. **Graefe** (Halle a/S.).

11) **Wiener** (Breslau). Über hämorrhagische Erkrankungen bei Schwangeren und Wöchnerinnen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXI. Hft. 2.)

W. berichtet über 2 von ihm beobachtete Fälle von hämorrhagischer Erkrankung bei Schwangeren, welche zunächst Abort und dann innerhalb zweier Tage den Tod herbeiführte. Die Erkrankung begann mit heftigen Kopf- und Kreuzschmerzen, welch letztere anscheinend nicht von Wehen herrührten. Weiterhin kam es zu ausgebreiteten Blutungen in die Haut und die verschiedensten Körperorgane. Die Temperatur war nur bei der einen Kranken bedeutend erhöht. Es handelte sich um zwei vorher ganz gesunde Personen, Schwestern, von welchen die eine 14 Tage, nachdem sie ihre Schwester während deren Krankheit besucht hatte, erkrankte. Die Dauer der Incubationszeit und der ganze Verlauf der Erkrankung scheinen W. am meisten für die sogenannte Purpura variolosa zu sprechen, bei welcher schlimmsten Pockenform der Tod vor der Bildung der Pockenpusteln erfolgt. Zu der betreffenden Zeit kamen nämlich manche Pockenfälle in Breslau und Umgegend vor. Die Sektion wurde nicht gestattet. Neben den seinigen führt W. noch zwei analoge Fälle aus der Königsberger Klinik und einen von Kézmársky an, welche für Sepsis bezw. Morbus maculosus Werlhofii gehalten waren. Gegen diese Auffassung polemisirt W. und sucht ferner in ausführlicher Erörterung auch die Hämophilie, die Masern, Scharlach und die Endocarditis ulcerosa auszuschließen. Möglicherweise handelt es sich bei dieser unzweifelhaft kontagiösen Krankheit um eine besondere hämorrhagische Infektionskrankheit. In praktischer Beziehung ist es gerathen, Personen mit ähnlichen Erkrankungen abzusondern. Die Therapie ist so lange machtlos, als nicht genaue anatomische und bakterioskopische Untersuchungen vorliegen, zu deren Vornahme die interessante Arbeit W.'s eine Anregung bieten möge. **Dührssen** (Berlin).

12) **Nagel** (Berlin). Das menschliche Ei.

(Sitzungsbericht der kgl. preußischen Akademie der Wissenschaften zu Berlin vom 28. Juli 1887.)

N. giebt in dem von Waldeyer der Akademie vorgelegten Bericht eine genaue Beschreibung des menschlichen Eies, die bis jetzt noch nicht existirte. Die in den Lehrbüchern abgebildeten Eier sind entweder Thiereier, oder die Zeichnungen sind höchst unvollkommen. Das Material des Verf.s entstammte einer Anzahl von Ovarien, welche durch Gusserow exstirpirt worden waren. N. fand die Zona pellucida sehr stark und deutlich radiär gestreift. Zwischen dieser und dem Vitellus befindet sich ein mit klarer Flüssigkeit gefüllter »perivitelliner Spaltraum«. Es folgt dann eine schmale helle »Rindenschicht« des Vitellus, darauf eine etwas breitere, feingranulirte »Protoplasmazone«; der centrale Rest des Vitellus ist reich an mattglänzenden Deutoplasmatropfen. Das Deutoplasma ist beim Menschen lange nicht in so großer Menge vorhanden, als bei den Thieren und zugleich weniger lichtbrechend. Das daher leicht sichtbare Keimbläschen ist rund, klar, mit doppeltem Kontour versehen; es liegt stets excentrisch in der zweiten protoplasmatischen Schicht. Deutlich erkennt man in demselben ein Netzgerüst, dessen Fäden mit dem Keimfleck in Verbindung stehen. Dieses Kerngerüst ist bei reifen Eierstockseiern des Menschen noch nicht beschrieben worden. Sehr bemerkenswerth sind die amöboiden Bewegungen des Keimflecks, welche bei frischen reifen Eiern mehrere Stunden lang nach der Operation beobachtet wurden. Die Corona, das Eiepithel Waldeyer's, fand sich an reifen Eiern stets sehr schön und deutlich entwickelt. N. erwähnt ferner den Befund von normalen Eiern in den großen Follikeln von Neugeborenen, die nach Schröder zur Annahme einer beginnenden Cystenbildung berechtigen sollten. Der genannte Befund widerspricht wohl dieser Annahme.

Beim Wachsthum des Eies zeigt sich zunächst eine Zunahme des Eiprotoplasmas und ein Wachsthum des Keimbläschens, so wie eine Vermehrung des Follikelepithels. Eine Zona pellucida fehlt Anfangs, das Keimbläschen liegt noch in der Mitte.

Es tritt dann das Deutoplasma auf, und zwar zunächst im Centrum des Eies; gleichzeitig damit rückt das Keimbläschen an die Peripherie. Schon um diese Zeit ist im Keimbläschen das Netzgerüst vortrefflich wahrnehmbar, man sieht dann auch eine schwach entwickelte Zona pellucida. Vollständig entwickelte Eier im Ovarium Neugeborener zeigen schon eine starke Zona, wie bei Erwachsenen und eine deutliche Corona. Follikelepithel, Discus proligerans und der Liquor folliculi verhalten sich ganz wie bei den reifen Follikeln Erwachsener. Die Wichtigkeit des Gegenstandes entschuldigt die genaue Wiedergabe, welcher nur die Maße der einzelnen Schichten fehlen.

Dührssen (Berlin).

13) **Chr. Lund** (Norwegen). Defectus uteri et vaginae cum hernia ovarii.

(Norsk Mag. for Lägevidensk. 48. Jahrg. 4. R. Bd. XI. 1887. p. 902—906.)

Die $18^1/_2$jährige, ledige Pat. war nie menstruirt, verspürte aber leichte Molimina. Sie war bleich und anämisch, von weiblichem Aussehen. Brüste aber fehlten fast vollständig, eben so die Pubeshaare. Genitalia ext. sonst natürlich. Hymen als derber Ring, Scheide rudimentär, nur 2 cm lang. Zwischen Blase und Mastdarm fühlte man eine feste, fibröse, nicht ganz dünne Wand. Keine besondere, als Gebärmutter zu deutende Verdickung. Vor der äußeren Öffnung des linken Leistenkanales lag ein mandelgroßer, einem Testis ähnelnder Körper (linker Eierstock). Pat. gab an, keine sexuelle Neigung zu fühlen.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

14) **Pippingsköld** (Helsingfors). Über Exstirpation einer völlig intrauterinen Geschwulst und über die dabei zu verwendende Hämostase.

(Finska Läkaresällsk. Handl. 1886. Bd. XXVIII. Hft. 4—6. p. 265—269.)

Verf. legt Gewicht darauf, dass man auch in Fällen, wo Genitalblutungen anscheinend Erklärung genug durch den Befund von intramuralen und subserösen Fibromyomen finden, doch nicht die genauere Untersuchung der Gebärmutterhöhle

unterlässt. Sehr oft findet man dann eine submuköse Geschwulst als die eigentliche Quelle der Blutung. Verf. beschreibt einen solchen Fall, wo er die sehr schwierige Ausschälung der Geschwulst durch Schere ausführte. Die nach Entfernung der Geschwulst sehr starke Blutung aus dem Geschwulstbette wurde durch Eiswasser gestillt. Hätte das nicht genügt, wollte Verf. zu Tamponade der Gebärmutterhöhle mit Jodoformgaze geschritten sein. Nach der Operation schienen die restirenden Geschwülste sich zu verkleinern, und noch 6 Wochen nach der Operation war keine Genitalblutung eingetreten. Sollte dieselbe wider Erwartung sich wieder einstellen, will Verf. zu Laparo-Hysterektomie schreiten.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

15) **Pippingsköld** (Helsingfors). Inversion der Gebärmutter. Amputation. Heilung.

(Finska Läkaresällsk. Handl. 1886. Bd. XXVIII. Hft. 4—6. p. 349—350.)

Verf. sah Pat. 16 Monate nach der Geburt. Bei dieser war derselben nur von einer Nachbarfrau, die auch die Nachgeburt entfernt hatte, assistirt worden; die hinzugerufene Hebamme erkannte eine Inversion, wagte es aber nicht, dieselbe zu reponiren. Während der ersten 8 Monate p. p. stillte Pat. ihr Kind und hatte keine Blutung, von dann aber blutete sie fast ununterbrochen. Wiederholte, in verschiedener Art ausgeführte Repositionsversuche erwiesen sich als vergeblich. Die Gebärmutter wurde dann hervorgezogen, 4 Nähte vereinigten so hoch als möglich die vordere mit der hinteren Wand, eine elastische Ligatur wurde angelegt und dann die Gebärmutter unter den Nähten amputirt. Glatte Heilung. Im Inversionstrichter fanden sich so feste Verwachsungen zwischen den Gebärmutterwänden, dass es kein Wunder nehmen konnte, dass die Reposition misslang.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

16) **A. Anderson** (Stockholm). Ruptur der hinteren Fornix vaginae durch Coitus.

(Verhandlungen der schwedischen med. Gesellschaft. Hygiea 1887. Bd. XLIX. Hft. 8. p. 152.)

Die 20jährige, ledige Pat. war von einem Schutzmanne um 3 Uhr Nachts auf einer Bank in einer öffentlichen Anlage krank angetroffen worden, und wurde ins Krankenhaus gebracht. Bei der Aufnahme ging recht reichliches Blut von der Scheide ab, und Pat. schien viel Blut verloren zu haben. Regel normal, zum letzten Mal vor 14 Tagen. Scheide von gewöhnlicher Länge, nicht besonders eng. In dem hinteren Fornix ein 3 cm langer, 0,5 cm tiefer Riss, der die Fingerkuppe aufnahm, und aus dem das Blut kam. Pat. leugnete zuerst, zu wissen, wie dieser Riss entstand, gab aber später zu, dass sie eben diesen Abend ihren Bräutigam, mit dem sie seit einem Jahre öfters ohne Schmerzen oder sonstige Beschwerden kohabitirt hatte, in einer öffentlichen Anlage getroffen hatte, und dort hatten sie den Beischlaf ausgeübt. Dabei bekam Pat. aber einen plötzlichen Schmerz, »als ob ihr etwas im Leibe zerriss«, sie fühlte sich unwohl, wollte nach Hause, bemerkte dann die Blutung, konnte nicht weiter, und wurde dann auf einer Bank um 12 Uhr Nachts von ihrem Begleiter verlassen und 3 Stunden später vom Schutzmanne angetroffen. Nach einer Scheidenirrigation mit Sublimatlösung 1 : 2000 wurde die Scheide mit Jodoformgaze ausgestopft. Darunter heilte die Wunde ohne irgend welche Beschwerden, und die Regel stellte sich zur erwarteten Zeit ganz normal ein.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

17) **v. Kölliker** (Würzburg). Demonstration einer menschlichen Missbildung.

(Sitzungsberichte der phys. med. Gesellschaft zu Würzburg. Jahrgang 1886.)

4monatlicher Fötus mit verkrümmtem Rumpfe, Gesäßgegend am Hinterkopf liegend. Nabelstrang kurz, 1 cm dick, enthält — genauere Untersuchung soll dies erst noch feststellen, — wahrscheinlich Theile von Darmkanal und Leber. Großer Hirnbruch, linksseitige Gaumen- und Kieferspalte, rechts Lippenspalte. Rechter

Arm dicht am Kiefer sitzend, gut ausgebildet, ziemlich weit vom Gesäß abstehend; linker Arm verkümmert; dicht an der Hüfte ansitzend, mit scheinbar fehlendem Vorderarm, nur 2 Finger. Normale, männliche, äußere Genitalien. Anusöffnung groß, 1 cm vom Hinterkopf entfernt. (Skelett ist noch nicht untersucht.)

Zeiss (Erfurt).

18) **Vigario.** Untersuchungen über die Zubereitung antiseptischer Sublimatlösungen.

(Bull. génér. de therapeut. 1887. No. 10.)

Verf. nimmt Bezug auf eine Mittheilung von Augerer im Centralblatt für Chirurgie, welcher behufs Herstellung von antiseptischen Sublimatlösungen mit gewöhnlichem Wasser den Vorschlag macht, diesen Lösungen Kochsalz in derselben Menge wie Sublimat hinzuzufügen; bakteriologische Untersuchungen haben die vollkommen antiseptische Wirkung dieser Lösungen bewiesen.

Natürlich ist nach V. diese Methode schon lange von den Franzosen angewendet worden. Derselbe hat sich trotzdem herabgelassen, die Untersuchungen Augerer's zu prüfen und gelangt zu gleichem Resultate. Behufs Vermeidung von Irrthümern macht er noch den Vorschlag, den Sublimatlösungen zum Unterschiede von einfachem Wasser 2 Milligramm Methylenblau beizufügen. Auch nichts Neues.

Menzel (Görlitz).

19) **Landsberg.** Über Todesursachen nach Ovariotomien mit besonderer Erwähnung einer bisher noch nicht beschriebenen Todesursache.

Inaug.-Diss., Breslau, 1887.

An der Hand der großen Operationsserien amerikanischer, englischer und deutscher Operateure werden vom Verf. die Ursachen der letalen Ausgänge nach der Ovariotomie besprochen. In erster Linie handelt es sich um die septische Infektion, welche jedoch durch Einführung der Antisepsis und zum Theil auch durch die Vaginaldrainage bedeutend in der Neuzeit eingeschränkt worden ist. Einzelne Todesfälle an Sepsis werden sich jedoch schwer vermeiden lassen, da schwierige Verhältnisse bei der Operation, wie z. B. außerordentlich entwickelte Größe der Geschwulst mit allseitigen Verwachsungen, vielleicht auch die maligne Natur derselben, Metastasen an den benachbarten Organen, Vereiterung und Verjauchung schon vor der Operation Komplikationen abgeben, welche trotz der größten Sorgfalt des Operateurs eine septische Infektion begünstigen. Nächst der Sepsis, unter welcher als Sammelbegriff Peritonitis, Pyämie, Parotitis und infektiöse Embolie eingereiht sind, ist es die Darmocclusion, welche ihre Opfer, früher häufiger als jetzt, in Folge der extraperitonealen Stielbehandlung bei der Ovariotomie fordert. Obgleich trotz der Stielversenkung in der Achsendrehung der Därme bei ihrer Verlagerung während der Operation, in der Schrumpfung des Mesenteriums oder im Einnähen einer Darmschlinge noch begünstigende Momente für den Ileus vorhanden sind, haben dieselben durch eine rechtzeitige antiseptische sekundäre Laparotomie jedoch an ihrer Gefährlichkeit verloren. Seltenere Todesursachen sind der Tetanus und die Nachblutung.

Zu den tödlichen Ausgängen, deren Zusammenhang mit der Operation kein unmittelbarer ist, gehört der Shock, welcher hauptsächlich durch Schröder und Hofmeier nicht ausschließlich als Neuroparalyse, sondern als Folgeerscheinung einer vor der Operation schon bestanden habenden Atrophie oder fettigen Degeneration des Herzmuskels erklärt wird. Auch Lungenembolien haben nach ganz fieberfreiem Wundverlauf noch am 8.—9. Tage, verursacht durch körperliche Bewegungen, zu unglücklichen Ausgängen Veranlassung gegeben (Dohrn); eben so sind die nach Entleerung kolossaler Flüssigkeitsmengen abnorm veränderten intraabdominellen Raumverhältnisse, durch welche eine stetig zunehmende Blutleere und Lähmung der nervösen Centra herbeigeführt werden kann, trotz glücklich verlaufener Operation Veranlassung zu Misserfolgen (Kurz). Zum Schluss berichtet Verf. über eine tödlich verlaufene Ovariotomie in Folge ausgebliebener Ausdehnung der

allseitig mit der Costalpleura verwachsenen Lungen. Das Zwerchfell stand, wie die Sektion ergab, rechts im zweiten, links im dritten Intercostalraum. Die die Bauchhöhle zum Theil ausfüllende Luft hatte die Leber, den Magen an ihrer Oberfläche vertrocknet, und unter dem Einfluss der Fäulnisbakterien der Luft waren an der großen Wundfläche, welche durch Ablösung der Geschwulst von der Bauchwand entstanden war, Zersetzung, Fieber und der Tod eingetreten. Vielleicht wäre in diesem Falle durch das von Peter Müller angegebene Verfahren, die Luft durch in die Bauchhöhle geschüttete Kochsalzlösung zu verdrängen, der unglückliche Ausgang vermieden worden. **Menzel** (Görlitz).

20) **W. H. Fales** (Boston). Bericht über einen Fall von Extra-uterin-Schwangerschaft, wo der Fötus 30 Jahre getragen und in ein Lithopädion umgewandelt wurde.

(Boston med. and surg. journ. 1887. August 11. p. 131.)

Die Betreffende heirathete am 24. Sept. 1844, kein Abort; am 29. Januar 1848 gebar sie ein völlig gesundes Kind. 8 Jahre später wieder Schwangerschaft, dabei treten die »Menses« regelmäßig ein. Während dieser Schwangerschaft hatte Gravida wiederholt Anfälle von Fieber mit Schmerzen im Bauche, hochgradiger Tympanites, starkes Üblichkeitsgefühl und Erbrechen.

Die Berechnung der Schwangerschaft (nach dem Auftreten der Kindsbewegungen) ergab als Ende derselben Anfang Oktober; um diese Zeit wurde der Arzt gerufen wegen excessiver Kindsbewegungen, Wehen hat die Frau nie gehabt. Diese heftigen Bewegungen hielten ca. 14 Tage an, wurden dann allmählich schwächer und hörten schließlich auf. Während der nächsten 10 Jahre war die Frau kränklich, litt öfter an Schmerzen im Unterleibe, begleitet mit Ikterus, später war sie völlig gesund. Der »Tumor in abdomine« wurde kleiner, blieb schließlich stationär, ohne Beschwerden zu verursachen.

Am 24. December 1886 starb die Frau an Larynxgeschwulst.

Autopsie: der Tumor in abdomine befindet sich gänzlich außerhalb der Beckenhöhle, enthält den Fötus, ist der stark verdünnten Bauchwand adhärent, liegt fast lose in der Bauchhöhle; die Eingeweide, eine Masse von Adhäsionen bildend, liegen rings um die Geschwulst, einige schmale Verbindungen mit derselben eingehend; ein Stiel führt nach unten zum Uterus und von da ins Peritoneum auslaufend, keine Spur einer Placenta.

Verf. nimmt an, dass es sich um eine Tubenschwangerschaft, Ruptur der Tube und Entwicklung einer Abdominal-Gravidität handelte.

Kreutzmann (San-Francisko).

21) **Miles F. Porter** (Fort Wayne). Primäres Epitheliom der vorderen Scheidenwand und Superinvolution des Uterus.

(Med. news 1887. September 24. p. 361.)

58jährige Frau, 4 Kinder geboren, Menopause mit 40 Jahren; vor ca. $^1/_2$ Jahre entdeckte sie beim Baden ein Gewächs an ihren Genitalien, kurz darauf traten wiederholte Blutungen ein, seitdem starke Schmerzen; Uriniren etwas erschwert. Pat. ist jetzt stark abgemagert, fiebert. Die Untersuchung ergab ein Epitheliom der vorderen Scheidenwand, das sich auf den vorderen Theil der äußeren Genitalien erstreckte; oberer Theil der Vagina frei, keine Drüsenschwellungen. Ein Uterus ist nicht zu fühlen, im Scheidengewölbe befindet sich eine Depression, in welche die Fingerspitze eindringt.

Gründliche Entfernung des Epithelioms; Diagnose mikroskopisch erhärtet.

Kreutzmann (San-Francisko).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 16. Sonnabend, den 21. April. 1888.

Drillingsgeburt. Mangel von Fruchtwasser.

Von
Dr. J. Balin,
prakt. Arzt in Odessa.

Drillingsgeburten kommen verhältnismäßig selten vor. Nach Spiegelberg beträgt die Häufigkeit derselben 1:6—7000 aller Geburten; nach Schröder ist dies Verhältnis noch bedeutender und zwar 1:7910. Es ist daher gerechtfertigt auch folgenden Fall von Drillingsgeburt hier mitzutheilen.

R. Sch., 30 Jahre alt, eine ziemlich blasse, mittelgroße Blondine, von mäßiger Ernährung ist seit ihrem 15. Jahre menstruirt. Die Menses wiederholten sich regelmäßig in vierwöchentlichen Intervallen, dauerten 3—4 Tage, ziemlich stark und sind stets von Schmerzen im Kreuz begleitet. Im Jahre 1880 heirathete die Frau und wurde $1^1/_2$ Jahr später zum ersten Male schwanger. Die Schwangerschaft verlief angeblich normal, ohne bedeutende Beschwerden und erreichte ihr normales Ende. Als ich damals, im December 1881, zur Geburt gerufen war, diagnosticirte ich Zwillinge. Die erste Frucht lag mit den Füßen vor, und ich extrahirte ein vollkommen reifes lebendiges Mädchen von normaler Größe. Die zweite Frucht präsentirte sich als Schädellage und wurde, da die Herztöne schwach und beschleunigt erschienen, mittels Wendung auf den Fuß lebend entwickelt. Es war ein Knabe von ungefähr denselben Dimensionen, wie die erste Frucht. Das Wochenbett verlief ganz normal. Von den Zwillingen lebt der Knabe noch bis jetzt (etwa 6 Jahre); das Mädchen aber starb nach einigen Monaten an einer »Kinderkrankheit«. Nach Verlauf von $2^1/_2$ Jahren, d. i. im Mai 1883, wurde die Frau zum zweiten Male schwanger, abortirte im 2. Schwangerschaftsmonate, ohne eine Ursache dafür zu finden. Im Februar 1887 blieb die stets regelmäßige Periode aus und die Frau wurde zum 3. Male schwanger. Der Verlauf dieser

3. Schwangerschaft war nicht befriedigend und zwar spürte sie hochgradige Schwäche, Athemnoth, die in den letzten Schwangerschaftsmonaten bedeutend zunahmen; dabei war der Leib auffallend groß. Am 30. November (d. i. am richtigen Ende der Schwangerschaft) floss plötzlich das Fruchtwasser in mäßiger Menge ab, und trotzdem fuhr die Frau während desselben Tages in ihren üblichen häuslichen Beschäftigungen fort. Den 1. December traten Geburtswehen ein, die den ganzen folgenden Tag ziemlich heftig und häufig fortdauerten; gegen Abend wurden sie allmählich schwächer und kürzer bis sie endlich völlig cessirten. Da die Geburt nicht vorwärts ging, wurde ich um Mitternacht zur Gebärenden geholt. Ich fand folgenden Zustand: die Kreißende lag im Bette, klagte über Erschöpfung und fortwährende Schmerzen im ganzen Körper und bat, möglichst schnell davon befreit zu werden. Sie sah elend aus, Puls klein, 100 Schläge in der Minute, Hauttemperatur nicht erhöht. Der Leib enorm ausgedehnt, von gleichmäßig sphärischer Gestalt, hart und beim Palpiren etwas schmerzhaft. Der Fundus uteri reicht bis 2 Finger unterhalb des Processus xiphoideus hin. Beim Palpiren des Abdomens konstatirte ich im unteren Uterussegmente einen harten großen Kindestheil, der unbeweglich im kleinen Becken eingekeilt war. Dieser Theil ging links unmittelbar in den Rücken des Kindes über. Oben links spürte ich einen zweiten runden, harten Theil, der sich zweifellos als Kindskopf manifestirte. Neben demselben, am Fundus uteri und rechts konstatirte ich noch einen großen harten Körper, der sich nach abwärts erstreckte. Kleine Kindestheile, so wie die Herztöne, sind rechts und links wahrzunehmen. Ob es sich hier um Zwillinge oder Drillinge etc. handele, konnte die äußere Untersuchung nicht feststellen. Ich ging nun zur inneren Exploration über. Die äußeren Geschlechtstheile boten, außer mäßig ödematöser Anschwellung, keine Abnormitäten dar; Vaginalwände leicht prolabirend. Der untersuchende Finger stieß sofort auf einen tief im Becken stehenden rundlichen Körper, der sich als der Steiß erwies. Muttermund völlig verstrichen. Das Kreuzbein war nach links, die Hüfte (linke) unter der Symphysis nach rechts gekehrt. Da die Geburtswehen vollkommen still standen, die Kreißende wegen langer Dauer der Geburt bedeutend erschöpft war, ferner, da der vorliegende Kindestheil schon einige Stunden nicht vorwärts rückte, schritt ich sofort zur Extraktion des Steißes. Es gelang mir zwar leicht, mit dem hakenförmig gekrümmten Zeigefinger in die obere (linke) Schenkelbeuge hineinzudringen, allein die Extraktion ging nicht von statten. Ich nahm daher zur Anlegung der Schlinge meine Zuflucht. Dieselbe wurde ohne besondere Schwierigkeiten über den oberen, resp. linken Schenkel in die entsprechende Hüftebeuge durchgebracht, ich extrahirte langsam den Steiß bis zum Schädel, der nach Smellie-Veit schnell herausbefördert wurde. Die Frucht kam asphyktisch zur Welt, wurde aber nach Applikation üblicher Hautreize wieder belebt. Es war ein gut entwickeltes, reifes Mädchen von ungefähr normaler Größe und Gewicht. Nach Abnabelung der Frucht fand ich bei wiederholter Untersuchung der Kreißenden in der Scheide eine breite, volle, elastische Blase, in welcher ein vorliegender Kindeskopf ballotirte. Ich sprengte die Blase, es floss eine ziemlich große Quantität von Fruchtwasser ab, und der Schädel stellte sich sofort in den Beckeneingang ein. Herztöne regelmäßig rechts wahrnehmbar, links kleine Kindestheile. Nach $1/2$ Stunde, da die Wehen immer noch fehlten, exprimirte ich, nach Kristeller, während die Gebärende energisch mitpresste, einen völlig ausgetragenen Knaben, von derselben Größe und Gewicht wie die erste Frucht, der sofort aufschrie. Hierauf stellte sich heraus, dass im Uterus sich noch eine Frucht befinde. Bei der inneren Untersuchung touchirte ich einen kleinen, beweglich über dem Beckeneingang stehenden Kindesschädel, der unmittelbar von seinen Eihäuten bedeckt war. Vorliegendes Fruchtwasser fehlte vollkommen. Unter dem oben erwähnten Verfahren kam die mit völlig intakten Eihäuten umhüllte Frucht zur Welt. Ich riss sofort die Eihäute auf und es entleerte sich dabei eine ganz geringe Menge (etwa 2 Esslöffel) von schleimiger Flüssigkeit. Die geborene Frucht (ein Mädchen) machte sofort oberflächliche Athembewegungen, schrie aber nicht auf. Nach mehrmaliger Applikation energischer Belebungsversuche gelang es mir ein schwaches, klägliches Wimmern beim Neu-

geborenen hervorzurufen. Das Kind sieht, obwohl normal gebildet, wie ein sehr schlecht ernährter, atrophischer, kleiner, frühzeitig geborener Fötus aus. Nach Verlauf von 15 Minuten ging, unter Credé's Handgriff, die enorm schwere und große, mit drei an ihrer Peripherie symmetrisch inserirten Nabelsträngen, einzige Placenta mit sämmtlichen Eihäuten ab. Unbedeutender Blutabgang. Die Frau machte ein vollkommen glattes Wochenbett durch. Was die Drillinge betrifft, so ging die dritte, mangelhaft ernährte Frucht schon am 3. Tage zu Grunde. Die anderen zwei gedeihen bis jetzt (ca. 2 Monate) ziemlich gut und werden sammt und sonders von der Mutter gestillt.

Überblicken wir den oben beschriebenen Fall, so ist er außer seiner Rarität auch in mancher anderen Beziehung bemerkenswerth. Erstens ist die bedeutend schlecht entwickelte, atrophische Frucht auffallend. Bei Zwillingsschwangerschaft stehen bekanntlich die Früchte an Größe und Gewicht anderen Neugeborenen nach. Ferner kommt es nicht selten vor, dass die Zwillinge, bei normaler Formbildung derselben, eine ungleiche Entwicklung darbieten. Die Ursache dafür ist, nach Ansicht aller Autoren, eine rein örtliche, mechanische, indem die eine Frucht unter ungünstigeren lokalen Bedingungen im Uterus heranreift, als die andere. In unserem Falle entwickelte sich die dritte Frucht augenscheinlich am Gebärmuttergrund, und dies Ergebnis mag auch, wie bei Thieren schon mehrmal beobachtet wurde, eine befriedigende Erklärung für die unterbrochene Entwicklung der erwähnten Frucht geben. Beachtenswerth ist aber hier auch die außerordentlich geringe Menge, ich möchte sagen der Mangel des Fruchtwassers des in Rede stehenden Kindes. Fälle von Eindickung resp. Mangel von Fruchtwasser mit gleichzeitiger Ernährungsstörung der entsprechenden Frucht sind von mehreren Autoren schon publicirt. (Claudi[1], Lomer[2], Meckerttschiantz[3] etc.) Es ist daher gerechtfertigt auch in unserem Falle die mangelhafte Entwicklung der dritten Frucht nicht bloß auf mechanische, örtliche Hindernisse, sondern, und hauptsächlich, auf hochgradig spärliche Quantität (Mangel) des Fruchtwassers zurückzuführen. Hiermit liefert der oben beschriebene Fall noch eine Bestätigung für die Ansicht Ott's[4], dass das Fruchtwasser ausschließlich zur Ernährung des Kindes, die Nabelschnur (Placenta) dagegen nur zur Athmung desselben dient.

---

1) **A. Bossowski** (Krakau). Vorkommen von Mikroorganismen in Operationswunden unter dem antiseptischen Verbande.

(Wiener med. Wochenschrift 1887. No. 7 u. 8.)

1) Unter dem antiseptischen Jodoformverbande bleibt nur ein Theil ($^1/_5$) der Wunden vollkommen frei von Mikroorganismen. Auch die durch pathogene Mikroorganismen verunreinigten Fälle heilen durch prima intentio.

2) In einer großen Zahl der Fälle, ungefähr der Hälfte, ist die Wunde durch Staphylococcus albus verunreinigt. Die größere Zahl (fast $^2/_3$) der ausschließlich mit diesem Coccus verunreinigten Wunden heilt trotz der Gegenwart desselben per prim. int. Im Falle der Eiterung ist dieselbe immer beschränkt und geringfügig.

3) Seltener findet sich Staphylococcus pyogenes aureus und noch seltener Streptococcus pyogenes vor. Beide Arten ziehen unbedingt

---

[1] Schmidt's Jahrb. Bd. XXXVIII.
[2] Centralbl. f. Gynäkol. 1887. No. 34.
[3] Centralbl. f. Gynäkol. 1887. No. 51.
[4] Arch. f. Gynäkol. Bd. XXVII. Hft. 1.

Eiterung nach sich, welche sich bei entsprechender primärer Drainirung der Wunde häufiger auf die Umgebung der Drainöffnungen begrenzt.

Felsenreich (Wien).

---

2) **J. Cohnstein** und **N. Zuntz.** Weitere Untersuchungen zur Physiologie des Säugethierfötus.

(Pflüger's Archiv 1888. Bd. XLII. Hft. 7 u. 8. p. 342—392.)

In dem ersten Abschnitte der interessanten Arbeit besprechen die Verff. die Frage, wie sich der arterielle Blutdruck vor und nach der Geburt verhalte und ob die Annahme, dass der arterielle Blutdruck beim Neugeborenen erheblich niedriger sei, als beim Fötus, richtig ist. Schon in einer früheren Arbeit bezweifelten dies die Verff. Zur Untersuchung der Blutdruckänderungen vor und nach der Geburt wurde in vorliegender Arbeit der zur Geburt reife Schaffötus benutzt. Aus den Versuchen ergab sich, dass die ersten Athembewegungen den arteriellen Blutdruck, wenn auch nur in geringem Maße, doch deutlich erhöhen. Die Ringmuskulatur überwindet danach allmählich den arteriellen Blutdruck derart, dass die Nabelarterie für Blut undurchgängig wird. Die Frage, was die Ursache der Apnoe des Fötus und des ersten Athemzuges beim Neugeborenen sei, beantworten die Verff. auf Grund ihrer Untersuchungen dahin, dass bei der Einleitung der Athmung nach der Geburt zwar sensible Reize mitbetheiligt sind, aber nicht in der Art, wie es Preyer annimmt. Das Entscheidende und Wichtigste sei die wachsende Venosität des Blutes. Dieselbe resultire aus der unterbrochenen Placentarathmung. Auch wird, wenn der Athemreiz beim Fötus so hoch steigt, dass eine Inspiration erfolgt, dieselbe sofort auf reflektorischem Wege gehemmt und zwar in Folge des Reizes, welchen die eindringende Flüssigkeit auf die Schleimhaut der ersten Luftwege ausübt. Das Athemcentrum des Fötus sei eben so wie das des Geborenen durch Mangel an Sauerstoff, durch CO_2-Anhäufung und Anhäufung derjenigen Produkte, welche namentlich bei der Muskelthätigkeit entstehen, erregbar. Die Erregbarkeit des Athemcentrums für den Reiz des CO_2 sei am ersten Tage post partum viel geringer als später. Sie ist nicht allein durch die besonderen Verhältnisse des intra-uterinen Lebens bedingt, sondern hängt nach der Ansicht der Verff. wohl mit dem Entwicklungsgrade des Nervensystems zusammen. Dass beim Fötus die Erregbarkeit auf einer noch viel niedrigeren Stufe erhalten wird, als p. partum, beruhe zum Theil auch auf der dauernden Armuth des fötalen Blutes an Sauerstoff und der geringen Cirkulationsgeschwindigkeit des Blutes.

Die Versuche, den Stoffaustausch zwischen mütterlichem und fötalem Blute nachzuweisen, ergaben das wichtige Resultat, dass nicht nur Gase, sondern auch Wasser und lösliche Nährstoffe in reichlichem Maße durch die Placenta in das Blut des Fötus übertreten. Die dazu durchaus nothwendige Koncentrationsdifferenz zwischen dem Blute der Mutter und dem des Fötus wird normal fortwährend dadurch

unterhalten, dass die einzelnen Gewebe des Fötus seinem Blute Salze, Zucker etc. entziehen. Es handelt sich hier aber um einen Diffusionsprocess, in so fern viel mehr Wasser in der einen, als gelöste Stoffe in der anderen Richtung wandern. Damit sei aber keineswegs gesagt, dass auch nicht diffusionshaltige Eiweißkörper und Fette in den Fötus übertreten. Verff. nehmen an, dass möglicherweise die Gewebe der Placenta die Fähigkeit haben, das Eiweiß zu peptonisiren und dass der Übertritt erst dann, eben so, wie bei der Darmresorption, ermöglicht sei. Diese Annahme müsste durch entsprechende Untersuchungen weiter verfolgt werden, denn sie hat vieles für sich.

Bei den vergleichenden Betrachtungen des Respirationsprocesses in den verschiedenen Lebensperioden kommen die Verff. zu dem Resultat, dass intra-uterin bereits alle Bedingungen des regeren Stoffwechsels gegeben sind und dass nur die Reize fehlen, welche die Organe zu lebhafterer Thätigkeit anregen. An der Steigerung des Stoffwechsels p. partum haben wohl den größten Antheil die größere Muskelaktion, die Funktion des Respirationsapparates und der wachsende Verdauungsprocess. **v. Święcicki** (Posen).

---

3) **Grace Peckham** (New York). Ein Beitrag zur Kenntnis der ulcerativen Läsionen der Vulva.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. August. p. 785.)

Die große Seltenheit der Erkrankung erklärt es wohl zur Genüge, dass über die Natur derselben die Meinungen weit aus einander gehen. Huguier hat im Jahre 1848 zuerst 9 Fälle gesammelt und unter dem Namen: Esthiomène de la region vulvo-anal beschrieben. Doch hat er die verschiedensten Erkrankungen Epitheliome, Tuberkulosis, Lupus zusammengeworfen. Die Verf. hat in einer sorgfältigen, fleißigen Arbeit, anknüpfend an einen Fall eigener Beobachtung, aus der Litteratur über 60 Fälle zusammengestellt, welche als Lupus oder Esthiomène der Vulva angeführt waren. Unter denselben sind 32 unzweifelhaft ulceröser Natur.

Der Fall der Verf. ist folgender:

Die Frau ist 48 Jahre alt, stets gesund gewesen, hat 9 lebende gesunde Geschwister. Vater starb an Schwindsucht. Menstruirt mit 16 Jahren, heirathet mit 17, hat 6 Kinder und 1 Abortus. Seit 2 Jahren Menopause. Ihr zweiter Mann war syphilitisch, sie selbst hatte Anschwellung und Vereiterung der Inguinaldrüsen. Nach der Geburt des letzten Kindes im Jahre 1879 bemerkte sie eine Abschürfung an dem linken Labium majus, von dieser Stelle ging die Ulceration aus. Vor 2 Jahren kam sie zuerst zur Beobachtung, damals war der Zustand im Wesentlichen der gleiche wie heute. Das Allgemeinbefinden ist gut, Schmerzen sind unbedeutend, manchmal Brennen nach dem Urinlassen. Die Labiae majores sind stark geschwollen; zwischen denselben und den kleinen Labien findet sich

eine tief exulcerirte Furche. Das Geschwür dringt nicht in die Tiefe der Schleimhaut ein, befindet sich auf gleichem Niveau mit derselben, zeigt hier und da kleine Erhabenheiten, gleicht im Übrigen jedoch einer gewöhnlichen granulirenden Fläche, mit gutem, geruchlosem Eiter bedeckt. Die Clitoris und die kleinen Labien sind in ein Bündel von 3 oder 4 Geschwülsten umgewandelt, welche zwischen den großen Schamlippen herabhängen. Die rechte Nymphe ist beinahe ganz zerstört. Die Oberfläche der Geschwülste sowohl, wie auch die ganze Schleimhaut der Vulva zeigt ein glänzendes, violettblaues Aussehen. Um den Scheideneingang finden sich 4 unregelmäßige Geschwülste mit ulcerirender Basis, nach hinten zu von 2 cm Tiefe. Weiter nach oben in die Scheide dringt die Affektion nicht vor, dagegen zeigen sich in der Richtung des Anus weitere kleine Wucherungen. Die Leistendrüsen beiderseits sind angeschwollen. Die mikroskopische Untersuchung ergab nachstehendes Resultat. Die Epidermis intakt, nirgends Zellenwucherung im Corium allgemeine Rundzelleninfiltration, welche die Gewebsspalten in Gruppen ausfüllen und häufig die ausgedehnten Gefäße begleiten. Riesenzellen und epithelioide Zellen sind nicht nachweisbar, sonst gleicht der Befund dem bei Lupus. Carcinom, Epitheliom, so wie Sarkom sind ausgeschlossen, eben so ist wegen Fehlens der fettigen, käsigen Degeneration Tuberkulose oder Syphilis wenig wahrscheinlich.

Betrachtet man die unter dem Namen Lupus vulvae zusammengestellten Fälle, so findet man eine Sammlung der verschiedensten Affektionen, Skrofulose, Tuberkulose, Carcinom. Unter den 33 Fällen zweifelloser Ulceration fand sich 12mal Syphilis angegeben, in 14 weiteren war dieselbe wahrscheinlich. Das Aussehen der Ulcerationen giebt keinen Anhalt zur genauen differentiellen Diagnose, das Mikroskop lässt ebenfalls im Stich. Die Behandlung bietet wenig Erfreuliches, allgemeine Mittel, antisyphilitische, tonisirende, Leberthran sind verschiedentlich empfohlen. Die beste Chance bietet noch Zerstörung der Ulcerationen durch Caustica oder Messer.

Eine sorgfältig ausgearbeitete Zusammenstellung von 40 Fällen und eine Anzahl Illustrationen, theilweise nach Huguier, erhöhen den Werth der Arbeit. **Engelmann** (Kreuznach).

---

4) **Horatio Bigelow** (New York). Behandlung des Schmerzes und der Schlaflosigkeit bei gynäkologischen Erkrankungen.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Juli. p. 707.)

Von Arzneimitteln empfiehlt B. gegen Schmerzen sehr warm Urethan in Dosen von ca. 1 g. Es kann allerdings Chloral als Hypnoticum nicht verdrängen, doch wirkt es bei bestehenden Schmerzen besser. Es ist schwächer in seiner Wirkung als Opium, hat aber auch nicht dessen unangenehme Nachwirkung. Es wirkt hauptsächlich auf das Gehirn, nicht auf die Medulla oblongata oder Rückenmark.

Gegen Reflexschmerzen sind besonders wirksam Massage, Elek-

tricität; bei Schlaflosigkeit thut Paraldehyd gute Dienste, doch muss es möglichst frisch angewandt werden, da es sehr flüchtig ist. Wirksamer aber als alle Arzneimittel gegen Schmerz und Schlaflosigkeit sind Massage und Elektricität. **Engelmann** (Kreuznach).

---

5) **G. Engelmann** (St. Louis). Die trockene Behandlung in der Gynäkologie.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Juni. p. 561.)

Unter trockener Behandlung versteht E. die Anwendung von Pulvern und Baumwolle, Wolle oder Jute als Träger von Pulvern. Die Vortheile dieser Behandlung sind nach E., dass dieselbe ungefährlich ist; rasche Erleichterung gewährt; in ihrer Wirkung mild und andauernd ist; die Beckenorgane ruhig stellt; reinlich und antiseptisch wirkt; auf sämmtliche Beckenorgane eine Wirkung ausübt; gestattet verschiedene Indikationen gleichzeitig zu erfüllen. E. hat die Methode längere Zeit sowohl in seiner Privatpraxis, als in der Klinik angewandt und ist von derselben besonders in der Armenpraxis sehr befriedigt, da dieselbe den Kranken nicht zur Ruhe zwingt, meistens seine Beschwerden direkt mildert.

Die Wirkung der Pulver ist eine mechanische und eine medicinische. Die erstere besteht darin, dass das Pulver die Oberfläche schützt und austrocknet, gegen die Hyperacidität der Vaginalsekretion eben so wie gegen die Alkalescenz des Uterussekretes wirksam ist. Von Pulvern werden in Anwendung gezogen Wismuth, Jodoform, Borsäure, Borax, Alaun, Tannin, Zinkoxyd, Soda, Holzkohle. Die Applikation geschieht mittels eines Pulverbläsers, ähnlich wie diejenigen, welche für Nase und Larynx in Gebrauch sind, nur umfangreicher; die gewöhnlichen Insektenpulverbläser sind recht brauchbar, falls das Ansatzrohr länger gemacht wird. Zunächst soll die Schleimhaut ziemlich trocken gelegt werden, dann werden die Pulver eingeblasen, verschieden dick, je nach ihrer Stärke, und schließlich der Tampon eingelegt. Derselbe wirkt als Träger von medicinischen Stoffen in Pulverform, als Stütze und durch Kompression, als Reizmittel, als Mittel, die Theile ruhig zu stellen, rein zu halten durch Aufsaugung des Sekretes und Reibung und Reizung zu verhindern. Zu medicinisch wirkenden Tampons werden die verschiedenen präparirten Verbandwatten, Tannin, Alaun, Jodoform, Salicyl, Sublimat, Jod und andere verwendet. Soll der Tampon mehr durch Druck wirken, wie bei Lageveränderungen, besonders auch der Ovarien, so ist gewöhnliche Watte vorzuziehen, da die Verbandwatte bald durchtränkt und unelastisch wird. Noch besser ist Schafwolle, welche elastischer ist und der Durchtränkung noch mehr Widerstand leistet. Da es von Wichtigkeit, die Anwendung zu einer kontinuirlichen zu machen, so soll der Tampon jeden zweiten oder dritten Tag neu eingelegt werden. So lange wird er ruhig liegen bleiben können, ohne Gefahr der Zersetzung. Die Tampons dürfen nicht

zu groß sein und nicht zu fest, so dass die Elasticität leiden würde. Eine Länge von $2^1/_2$—3 Zoll bei einer Dicke von $^1/_2$—1 Zoll wird meistens genügen. Zur Applikation wendet E. das zweiblättrige Spekulum an, seltener die Rinne, in der Rückenlage, in selteneren Fällen die Knie-Ellbogenlage. Die Vaginalwandungen dürfen außer bei Blutungen, niemals gedehnt sein, auch soll der Tampon nie bis zum Scheideneingang reichen. Nach Anlegung macht die Kranke einige Schritte, um zu prüfen, ob kein Druck stattfindet und legt sich dann $^1/_4$ Stunde nieder. Die Kranke muss instruirt werden, wann und in welcher Weise sie den Tampon entfernen soll.

Engelmann (Kreuznach).

Kasuistik.

6) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung am 4. Oktober 1887.

Vorsitzender: Herr Reusche; Schriftführer: Herr Jollasse.

Herr Kümmell: Über Myomoperationen.

Vortr. hebt in einer kurzen Einleitung hervor, dass trotz der glänzenden Fortschritte der antiseptischen Wundbehandlung und der weiter ausgebildeten Technik bei Laparotomien, welche sich bei Ovariotomien und ähnlichen Bauchoperationen so glänzend bewährt hat, die Resultate bei Myomotomien noch nicht die zu wünschenden seien, dass noch manche Punkte auf diesem Gebiet der Diskussion werth und es wohl gerechtfertigt sei, auch ein kleines Material dazu heranzuziehen. K. unterscheidet in der Geschichte der Operation der Myome mit Pean 3 Perioden, in der ersten, bis etwa 1843 reichenden wagte kein Operateur ein Myom zu entfernen und wenn sich ein solches in Folge falscher Diagnose fand, wurde die Bauchhöhle ohne Weiteres wieder geschlossen; in der zweiten bis 1863 reichenden Periode, vollendeten englische Chirurgen, wenn sie statt des diagnosticirten Ovarialtumors ein Myom fanden, die Operation. In der dritten Periode nach 1863 nahm Koeberlé zuerst mit Glück die Entfernung eines Myoms durch Laparotomie vor, ihm folgte Kimball u. A., dann trat Pean mit einem bestimmten Operationsplan, nach dem er 9 Myome entfernt hatte, hervor; bis zum Jahre 1877 sind nach Pean'scher Methode mit Hilfe des Drahtschnürers 19 subseröse Myome mit 12, 86 mit Amputation des Uterus mit 45 Todesfällen entfernt. Nach weiterem Eingehen auf die Litteratur sucht Vortr. an der Hand eines größeren statistischen Materials das Für und Wider der beiden hauptsächlichsten Methoden der Myombehandlung, der intra- und extraperitonealen Methode klarzulegen. Von 312 intraperitoneal Behandelten starben 88 = 28,2%, von 262 extraperitoneal Behandelten starben 53 = 24%. Was die Indikationen zur Entfernung der Myome anbetrifft, so hat Vortr. die Operation nur ausgeführt, wenn andauernde profuse Blutungen, andauerndes und rasches Wachsthum in nicht vorgeschrittenem Lebensalter, Kompressionserscheinungen von Seiten der kleinen Becken- und übrigen Organe und endlich Schmerzen und Beschwerden bei Frauen der arbeitenden Stände dazu nöthigten. In allen Fällen waren vorher lange Zeit fortgesetzte Ergotininjektionen angewandt und erst nach der Erfolglosigkeit dieser zur Operation geschritten. K. wandte das in der Dr. Sick'schen Apotheke angefertigte Ergotin an, auf dessen Sterilisation ein besonderer Werth gelegt wurde; kleine mit 1 g Ergotin gefüllte Gläser, zu einer Injektion genügend, wurden im Dampftopf sterilisirt und luftdicht verschlossen aufbewahrt. Dieses ohne Zusatz von Antisepticis sich unverändert gut haltende Ergotin hat den großen Vortheil geringer Schmerzhaftigkeit und vollkommener Reizlosigkeit. K. hat im Ganzen 9 Myome durch Laparotomie entfernt, 4 derselben, welche in den letzten Wochen exstirpirt sind, wurden

demonstrirt. Die Operationen wurden in die üblichen 3 Gruppen eingetheilt, Myomotomien im eigentlichen Sinne, solche mit Amputation des Uterus und endlich Enucleationen. Von der ersten Gruppe hat K. einen Fall operirt. Er betraf eine 62 Jahre alte Frau, welche seit langen Jahren die Trägerin eines ungemein großen Bauchtumors war; Pat. war schließlich nicht im Stande, geringfügige Arbeit zu verrichten und meist zu liegen gezwungen. Der Tumor dokumentirte sich als ein weit über mannskopfgroßes, mit breitem Stiel dem Uterus aufsitzendes verkalktes Myom; der breite Stiel wurde vernäht und versenkt. Reaktionsloser Heilungsverlauf. Der zweiten Gruppe, in der die Eröffnung der Uterushöhle nothwendig wurde, gehörten 7 an. 3 davon wurden nach der intraperitonealen, die 4 letzten nach der extraperitonealen Methode behandelt, hiervon starben 2, eine intra- und eine extraperitoneal Behandelte. Bei der Ersteren handelte es sich um eine chronische Anämie hohen Grades und Sublimatintoxikation; die Pat. hatte seit Monaten große Blutverluste erlitten, sie zeigte das bekannte weißgelbe wachsige Hautkolorit mit tief blasser Schleimhautfärbung. Die Operation wurde, wie die übrigen nach der Schröder'schen Methode ausgeführt, Lösung der Lig. lata, Umlegen eines Schlauches um den Uterus, keilförmige Excision des Tumors aus dem Uterus, Desinfektion der Uterushöhle, Vernähung des Stumpfes durch mehrere Reihen fortlaufender Katgutnähte. Der Blutverlust war minimal, Pat. ging nach 4 Tagen an den Folgen einer Sublimatintoxikation zu Grunde, die trotz der angewandten mäßigen Sublimatlösung wohl durch den elenden Zustand der Pat. bedingt war; ich habe den Fall bereits anderweitig eingehender mitgetheilt. Die 4 letzten Myomotomien, von welchen K. die Präparate herumzeigt, wurden extraperitoneal behandelt, d. h. 3 mit nach außen gelagertem Stumpf nach der Methode Hegar's, Durchstechen des Cervix mit 2 Nadeln, Umnähen des ersten mit Peritoneum, Anlegen der elastischen Ligatur, Schluss der Bauchhöhle so weit möglich und Excision des Tumors. Der Stumpf wurde mit Jodoform gepudert und mit Jodoformgazeverband bedeckt. Wenn auch der Heilungsverlauf ein längerer ist, als bei der intraperitonealen Methode, so bietet doch die Möglichkeit der raschen Ausführung, was bei der nicht seltenen chronischen Anämie nicht zu unterschätzen, das absolut blutlose Operiren, die fehlende Gefahr der Nachblutungen und die geringe einer septischen Infektion so viele Vortheile, dass ihr K. jetzt in allen Fällen, wo die Methode anzuwenden ist, den Vorzug vor der eleganten und rasche Heilung gewährenden intraperitonealen giebt. In einem Falle suchte K. die Vortheile der intra- und extraperitonealen Methode dadurch zu vereinigen, dass er den nach Schröder'scher Methode vernähten Uterusstumpf nach Lösung des Schlauches ringsum mit dem Peritoneum vernähte, so dass die Nahtlinie aus demselben hervorragte und darüber die Haut durch die Naht schloss. Die Heilung der Wunde war in 14 Tagen erreicht. Diese Methode ist in letzter Zeit in der Billroth'schen Klinik mehrfach mit Erfolg angewandt. Der zweite Todesfall betraf die zuletzt operirte Pat., bei der ebenfalls die extraperitoneale Behandlung angewandt war. Der Wundverlauf war in den ersten Tagen ein vollkommen befriedigender, nur trat zuweilen Erbrechen ein; vom 4. Tage ab waren die Erscheinungen eines inneren Darmabschlusses vorhanden, die am folgenden Tag zur Gewissheit wurden. K. eröffnete die Bauchhöhle und packte in bekannter Weise sämmtliche Eingeweide aus, löste rasch das Hindernis, welches in einer Abknickung einer Dünndarmschlinge bestand, hervorgerufen durch Anlöthung derselben an der hinteren Wand des Uterusstumpfes an der Stelle, wo das Peritoneum an denselben angenäht war, und brachte die Eingeweide in die Bauchhöhle zurück; der ganze Vorgang hatte nur wenige Minuten beansprucht. Als die Därme zur vollständigen Reposition mit einer Serviette bedeckt waren und nun in tiefer Narkose der nothwendige Druck auf dieselben ausgeübt wurde, wurden Massen aus dem gefüllten Magen entleert — eine vorherige Magenausspülung hatte leider nicht stattgefunden — und aspirirt, sofort trat ein schwerer Collaps ein, der nach wenigen Stunden in Folge der Verstopfung der Bronchien letal endete.

Von der dritten Gruppe, der Enucleation, hat K. nur einen Fall zu verzeichnen. Es handelte sich um eine 32 Jahre alte Pat. mit einem ca. 2faustgroßen

Cervixmyom, profusen Blutungen etc. Der Tumor wurde mit großer Mühe exstirpirt, nachdem noch ein Querschnitt zu dem die Bauchdecken trennenden Längsschnitt hinzugefügt war. Pat. ging an Sepsis zu Grunde. Die beiden anderen Todesfälle, Sublimatintoxikation und Verschlucken von Speisetheilen nach Ileusoperation sind wohl als Unglücksfälle zu bezeichnen und keiner der Methoden zur Last zu legen.

Diskussion: Herr Staude machte im Ganzen 11 Myomotomien, davon wurden 5 Fälle extra-, 6 intraperitoneal behandelt. Bei den extraperitoneal behandelten handelte es sich in allen Fällen um sehr große Tumoren; von diesen starb eine Pat. Von den intraperitoneal behandelten starben unter 6 4 Operirte. Auf Grund dieser Statistik giebt Staude der extraperitonealen Methode den Vorzug.

Herr Aly weist darauf hin, dass die Kastration nicht immer geeignet sei, die Myomotomie zu ersetzen und erläutert dieses durch folgenden Fall:

Vor $1^1/_2$ Jahren behandelte er eine 38jährige Frau mit Klagen über Druckbeschwerden im Leibe. Diagnose: Ovarialtumor. Bei der Laparotomie zeigt sich ein großes Uterusmyom und eine Cyste des linken Ovariums. Beide Ovarien wurden entfernt; günstiger Verlauf. Darauf Ergotinbehandlung. Trotzdem wuchs der Tumor weiter. Im Juni dieses Jahres Myomotomie. Heilung nach 4 Wochen.

Her Aly bemerkt, dass es nicht nöthig sei, das Peritoneum um den Uterusstumpf genau anzunähen, sondern es genüge, dasselbe mit einigen Nähten zu fixiren.

Herr Schmalfuß: Auch Hegar hat schlechte Erfahrungen gemacht mit der Kastration, sobald der Tumor eine gewisse Größe erreicht hatte. Nur gegen kleine Tumoren ist die Kastration ein sicher wirksames Verfahren. Schon nach 6 Wochen kann man das Schwinden des Tumors bemerken. Die Kastration ist jedoch oft sehr schwierig ausführbar.

Herr Kümmell hatte auch die Absicht, bei einigen seiner Fälle die Kastration auszuführen, musste aber davon abstehen, weil er das eine Ovarium nicht finden konnte. Wo es möglich war, nahm er beide Ovarien mit fort.

Herr Ratjen weist auf die von Reinstätder empfohlene Ergotininjektion in den Mastdarm hin. Redner hat diese Methode oft wirksamer gefunden, als die subkutane Anwendung.

Herr Fressel möchte die Indikation zur Myomotomie auch auf jene Fälle ausgedehnt wissen, in denen es sich um rasch zerfallende Tumoren handelt.

Sitzung am 18. Oktober 1887.

Vorsitzender: Herr Reusche; Schriftführer: Herr Jollasse.

Herr Schütz hält seinen angekündigten Vortrag: Über künstliche Frühgeburt und künstlichen Abort.

Nach einleitenden Bemerkungen, in denen Vortr. besonders die Frage bespricht, ob wir berechtigt sind, unter gewissen Bedingungen das Leben der Frucht zu opfern, um das werthvollere der Mutter zu retten, und sie entschieden bejaht, präcisirt er mit zu Grundelegung von über 20 eigenen Beobachtungen zunächst die Indikationen zur künstlichen Frühgeburt: 1) Beckenenge (C. v. 6—8 cm), 2) habituelles Absterben der Kinder in den letzten Wochen der Schwangerschaft, 3) schwere Erkrankungen der Mutter bes. Nephritis. Als Zeit empfiehlt sich am meisten die 34.—36. Woche; von Methoden wurde stets die Kiwisch'sche, — heiße Scheidendusche — eventuell danach die Krause'sche — Einlegung eines Bougie in den Uterus angewandt. Durch Vorausschickung der ganz ungefährlichen, freilich nicht sicher wirkenden Kiwisch'schen Methode wurde einestheils sehr häufig der Eintritt von Wehen erreicht, oder aber die Cervix so weit gelockert, bezw. durch geringe Wehen erweitert, dass die Einlegung des Bougie wesentlich erleichtert wurde. Bei Erstgebärenden mit Beckenenge der genannten Art soll man thunlichst die künstliche Frühgeburt vermeiden, um an der ersten Geburt zu lernen, ein wie großes Kind noch lebend das Becken passiren könne. Vortr. hat keine der Mütter verloren, einige erkrankten in Folge schwerer Quetschungen mit kurz dauerndem Fieber; die Kinder sind sämmtlich — eines in Steißlage — lebend geboren.

Der künstliche Abort ist einzuleiten bei einer größeren Beckenenge — C. v. unter 6 cm — unstillbarem Erbrechen, Einklemmung des retroflektirten Uterus und Einklemmung des prolabirten Uterus.

Als Methoden empfehlen sich zunächst dieselben wie zur künstlichen Frühgeburt: die Kiwisch'sche und die Krause'sche, so weit sie sich bei früher Zeit der Schwangerschaft anwenden lässt, dann aber, da das Leben der Frucht nicht berücksichtigt zu werden braucht, der Eihautstich nach Scheele, Hopkins und Meißner; nur möchte den bei dieser Methode empfohlenen Instrumenten: Federkiel oder dgl., die einfache Uterussonde vorzuziehen sein, die sich gut desinficiren lässt und mit der man nicht sowohl das Ei zu verletzen, als vielmehr von der Uteruswand loszulösen sucht.

Vortr. hat nur einmal Gelegenheit gehabt, den künstlichen Abort bei unstillbarem Erbrechen einzuleiten. Eine bisher gesunde, 28 Jahre alte Frau, die vor 2 Jahren nach geringfügigen Schwangerschaftsbeschwerden ein reifes Kind (Mädchen) l. o. K. geboren hatte, wurde in der zweiten Schwangerschaft, ohne dass sich bei mehrmaliger genauester Untersuchung aller Organe irgend etwas Pathologisches nachweisen ließ, in der 14. Woche von so heftigem Erbrechen befallen, dass sie innerhalb von 6 weiteren Wochen ca. 30 Pfund an Körpergewicht verlor; der Zustand war dem Collaps ähnlich, kühle Extremitäten, blaue Nägel, Puls klein, von geringer Spannung, 112—120 p. M. wie nach einer stärkeren Blutung. Nachdem 2 Tage große, heiße Duschen erfolglos geblieben waren, wurde mit der Sonde das Ei ohne Verletzung der Blase abgelöst und dasselbe nach 24 Stunden spontan ausgestoßen. Die frischtodte Frucht (Knabe) maß nur 12 cm, so dass es den Anschein hatte, als ob die eigentlich 20 Wochen alte Frucht während der letzten 6 Wochen, der Zeit des Erbrechens, nicht mehr gewachsen wäre. Verlauf des Wochenbettes reaktionslos.

Zum Schlusse spricht sich Redner dahin aus, dass die künstliche Frühgeburt und Abort, so weit dieselbe durch Beckenenge indicirt sind, bei den heutigen günstigen Resultaten der Sectio caesarea unterbleiben könne, sobald die Mutter ihre Zustimmung zu der Operation giebt.

Diskussion: Auf die Frage des Herrn Windmüller, ob das zu injicirende Wasser aseptisch zu machen sei, erwiedert Herr Schütz, dass das Kochen des Wassers genüge.

Herrn Siemssen entgegnet der Vortr., dass Pilokarpin zur Hervorrufung des künstlichen Abort nicht zu empfehlen sei.

Herr Staude ist auch mit Bougie oder Tupelostift ausgekommen. 4mal operirte er mit Stift, 2mal mit Bougie. In einem Falle, bei einer 5 Monate alten Schwangerschaft, handelte es sich um Eklampsie. 2 Tage lang Anwendung der Stifte, darauf Blasenstich, Wehen traten nicht ein; darauf Tamponade, am 5. Tage Kolpeurynter, erst am 6. Tage Partus.

In 2 Fällen von Blasenmole ging der Abort schnell vor sich bei Anwendung des Stiftes. Ein Fall wurde wiederholt vergeblich sondirt, erst auf Einlegen des Bougie reagirte der Uterus.

Herr Voigt hält es für bedenklich, die Eihäute zu perforiren, weil der Fötus dann ohne Placenta und Eihäute geboren werde.

Herr Staude entgegnet, dass in solchen Fällen die Placenta stets leicht künstlich zu entfernen sei.

Herr Raether: Auch er halte die heiße Dusche für wenig zuverlässig. Die Indikation zum künstlichen Abort möchte R. noch auf Allgemeinerkrankungen der Mutter erweitert wissen, z. B. Nephritis, perniciöse Anämie, Kyphoskoliose als namentlich Tuberkulose. Letzte Krankheit mache nach einem Wochenbett meistens rapide Fortschritte.

Letzterer Behauptung traten die Herren Piza und Aly entgegen.

Herr Raether möchte sie jedoch wenigstens für Frauen, welche in schlechten Verhältnissen leben, aufrecht erhalten.

Herr Staude demonstrirt ein exstirpirtes Uterusmyom. Vor 8 Jahren sah er die Pat. zuerst. Damals bestand Cervixkatarrh und Retroflexio. 1 Jahr darauf

wurde ein Myom links vom Uteruskörper konstatirt. Bei der Operation, zu welcher die Pat. drängte, zeigte es sich, dass das Peritoneum glatt über den faustgroßen Tumor hinwegging. Staude wollte nur die Ovarien entfernen; auch dies gelang nicht, die Bauchhöhle wurde geschlossen und Pat. überstand den Eingriff. In ca. 5 Jahren war der Tumor zu der jetzt bestehenden Größe eines Mannskopfes gewachsen; die Druckbeschwerden hatten sehr zugenommen. Der Cervix vorn nach der Symphyse gedrängt, hinter der Portio füllt den ganzen Douglas der vergrößerte Uteruskörper aus; es wird nur ein Ovarium gefühlt. Der Tumor reicht 2 Finger breit über den Nabel. Bei der abermaligen Myomotomie zeigte sich, wie angenommen, dass das Peritoneum über den Tumor hinwegging. Nach Ablösung des Netzes von der alten Bauchwunde wurde das Peritoneum über dem Tumor gespalten und der Tumor herausgeschält, was ziemlich leicht gelang. Durch Zug am Tumor wurde der Uterus hervorgewölbt, sich spannende Ligamente wurden unterbunden, Schlauch um den Cervix gelegt, Tumor abgebunden etc. Der Stumpf wurde mit Tannin-Salicylpulver bedeckt, Jodoformverband, glatter Verlauf. Der Stumpf sieht heute am 8. Tage gut aus.

Sitzung am 1. November 1887.

Vorsitzender: Herr Reusche; Schriftführer: Herr Schütz.

Herr Fressel bespricht die Nabelgefäßerkrankungen an der Hand von 2 von ihm secirten Fällen.

1) 16tägiges Kind, ausgetragen, Anfangs gesund; Nabelschnur erst am 7. Tage abgefallen, soll übelriechend gewesen sein. Am 8. Tage Zeichen der Erkrankung, verweigert die Nahrung, schläft viel, sonst keine Symptome. Bei der Sektion hochgradige Cyanose, Nabel äußerlich verheilt, linksseitige Arteriitis umbilicalis.

2) 14tägiges Kind aus schmutziger Umgebung; am 13. Tage mit Unruhe, Wimmern und Verweigerung der Nahrung erkrankt. Empfindlichkeit der Oberbauchgegend, leichter Ikterus, Zuckungen im linken Facialis. Tod nach 24 Stunden.

Sektion: Nabel verheilt; linksseitige Arteriitis umbilicalis; Phlebitis umbilicalis, Vene bis zum Dreifachen des normalen Lumens erweitert mit verdickten Wandungen. Aus den Verzweigungen der Vena portarum in die Leber überall Eiter; Herzverfettung. Besonders der letzte Befund ist nach Runge selten.

F. konnte einmal bei einem Kinde mit diffusen Gelenkeiterungen die Diagnose stellen durch Druck von der Blase nach dem Nabel, welcher Eiter aus diesem entleerte. Bei plötzlicher Erkrankung in den ersten Wochen ohne besondere Ursache und nachweisbare Organveränderungen besteht Verdacht auf Nabelgefäßerkrankung. R. nimmt mit Runge perivasculäre Entstehung von der Nabelschnur oder Nabelwunde aus an und empfiehlt außer Reinlichkeit den Credé'schen Watteverband. Jodoform verzögert den Abfall der Nabelschnur über Gebühr.

Diskussion: Herr Fränkel fand im Gegensatz zu Runge die Erkrankung der Vene viel häufiger, als die der Arterien, die nur ausnahmsweise in Folge ihrer mächtigen Muscularis thrombosiren: er fragt ferner, wie der Tod des Kindes im Fall I zu erklären sei, wo nur eine Arterie erkrankt war.

Herr Fressel: Durch Erkrankung des Gefäßes werde die Muscularis der Aa. gelähmt und dadurch komme es zur Thrombenbildung; er glaubt, dass Eiteransammlung in einer Art. umbilicalis genüge, um das Leben eines Kindes zu vernichten.

Herr Fränkel: Bei Nabelarterienerkrankungen sähe man mehr Blutungen als Eiterungen (Sektionsfall mitgetheilt).

Herr Hotte sah ein Kind bis zum Ende des 2. Tages mehrfach aus einer Art. umbilicalis bluten.

Herr Lomer hat die Erkrankung der Art. mit Thrombenbildung häufiger gesehen, als die der Venen.

Herr Rathgen sah ein Kind mit Gangrän der Bauchdecken und glaubt, dass dieselbe durch Erkrankung der Nabelgefäße entstanden sei.

Herr Schütz sah in den letzten Wochen 2mal feuchten, übelriechenden Zerfall der Nabelschnur, einmal mit Blutung. Nach Abtragung des kurz am Nabel-

kegel abgebundenen Restes und dreister Ätzung mit Karbollösung blieb die Erkrankung ohne Folgen. Man solle in jedem Falle darauf sorgfältig achten, dass die trockene, physiologische Gangrän des Nabelschnurrestes ihren regelrechten Verlauf nehme; bei feuchtem Zerfall sei der Nabelschnurrest inficirt und damit die weitere Infektion der im Inneren liegenden Nabelgefäße sehr naheliegend.

Herr Fränkel hat noch nach 4 Wochen die Nabelarterien für die Sonde durchgängig gefunden, eben so den Ductus Botalli.

Herr Piza hält, wie auch der Vortr., eine bessere Ausbildung der Wochenwärterinnen besonders mit Rücksicht auf die Häufigkeit der Nabelkrankheiten für sehr wünschenswerth.

Sitzung am 15. November 1887.

Vorsitzender: Herr Reusche; Schriftführer: Herr Jollasse.

Herr Kümmell hält seinen angekündigten Vortrag über operative Behandlung der Retroflexio uteri.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen hebt Redner die Wichtigkeit einer operativen Behandlung der Retroflexio uteri hervor. Wenn die Alexander'sche Operation zur Zeit sich nicht eines allgemeinen Beifalles erfreue, so liegt dieses nach K.'s Ansicht an der mangelhaften Technik. Es ist kein Zweifel, dass das Lig. rotund. das geeignetste Material zur Fixirung des retroflektirten Uterus ist. Dasselbe ist ein Ausläufer des Uterus selbst, es hat die Dicke eines Bleistiftes und verbreitert sich nach dem Uterus hin. Eine kleine Arterie begleitet das Ligament. Nach einer genügenden Übung der Operation an der Leiche gelingt es, immer das Ligamentum rot. auch an der Lebenden aufzufinden.

Die Technik besteht darin, dass der Operateur mit den Fingern durch die Haut hindurch sich den äußeren Inguinalkanal aufsucht, bei fetten Individuen nach Durchtrennung der Haut; darauf erfolgt ein dem Poupart'schen Bande paralleler Schnitt und an der inneren Seite wird das Ligamentum aufgesucht, wobei das erwähnte Gefäß als Wegweiser dient. Hat man das Band gefunden, wird es fixirt und an der anderen Seite eben so verfahren.

Dann wird der Uterus an den Ligamenten aufgerichtet, oder der Assistent richtet den Uterus auf und der Operateur zieht die Bänder straff an. Sodann ist es sehr wichtig zur Erreichung eines befriedigenden Resultates, dass von den Bändern so viel entfernt wird, wie möglich ist. Wichtig ist auch die Fixation. Das Ligamentum wird so nach vorn gezogen, dass der Uterus fest an der Bauchdecke anliegt; Etagennaht mit Katgut und Verband. Es erfolgte immer glatte Heilung. Die wichtigen Momente sind also möglichste Verkürzung (bis 12 cm) und feste Fixation.

Redner referirt sodann über 4 Fälle, die er selbst zu operiren Gelegenheit hatte. Der erste Fall betraf eine 40jährige Frau, welche lange mit Unterleibsbeschwerden behaftet war. Uterus retroflektirt, beweglich, Alexander'sche Operation, vom Ligament. rot. wurden 4—5 cm entfernt. Nach der Operation waren die Beschwerden verschwunden. Nach 4 Wochen kehrten dieselben jedoch wieder; Uterus retrovertirt.

Auch beim zweiten Falle wurden nur ca. 5 cm der Lig. excidirt. Derselbe vorübergehende Effekt, nur dass hier die Beschwerden ca. 1/2 Jahr fehlten.

In den beiden folgenden Fällen wurden 10—12 cm excidirt. 3—4 Tage p. op. bestanden Urinbeschwerden, nach 3 Wochen standen die Pat. auf.

Der erste von diesen Fällen betraf eine 42jährige Frau. Nach 4 Monaten war der Uterus noch in normaler Lage, leicht anteflektirt.

Fall 4. 32jährige Frau mit starken Beschwerden. Ebenfalls günstiges Resultat, welches noch längere Zeit nach der Operation konstatirt wurde.

Diskussion: Herr Hotte fürchtet, dass durch das von Herrn K. geschilderte Verfahren aus der Retroflexio eine Anteflexio entstehe.

Herr Kümmell: Aus der Anfangs bestehenden Anteversion bilde sich allmählich eine normale Anteflexio heraus.

Herr Strack fragt, ob der Vortr. annehme, dass bei retroflektirtem Uterus die Lig. rot. stark gedehnt seien.

Herr Kümmell: Seine Untersuchungen an der Leiche scheinen ihm zu lehren, dass die runden Mutterbänder 13—14 cm lang seien. Zur Beurtheilung dieser Frage komme es übrigens auch darauf an, wie weit man an die Vulva herangehe, wie viel man also vom peripheren Ende mit entferne.

Herr Räther glaubt, dass das Annähen des Uterus von größerem Werthe sei, als die Alexander'sche Operation, weil man annehmen müsse, dass die Lig. rot. leicht wieder geneigt seien, zu erschlaffen.

An der weiteren Diskussion betheiligen sich die Herren Fressel, Kümmell und Happe.

Sitzung am 29. November 1887.

Vorsitzender: Herr Reusche; Schriftführer: Herr Jollasse.

Herr Kümmell bemerkt zum Protokoll der vorigen Sitzung: Zur Nachbehandlung bei der Alexander'schen Operation sei es sehr wichtig, dass die Pat. ein Pessar trage und zwar im Hospital nur kurze Zeit, außerhalb desselben aber noch einige Monate.

Herr Kümmell spricht über die explorative Dilatation der weiblichen Harnröhre und deren Nachtheile, warnt vor Erweiterung mit Instrumenten über 1,5 cm Durchmesser und demonstrirt das Endoskop mit einigen eigenen Modifikationen.

An der Diskussion betheiligen sich die Herren Happe, Staude und Lomer.

---

7) New Yorker Academy of medicine, Abtheilung für Geburtshilfe.

Sitzung vom 24. Februar 1887.

(Nach dem Sitzungsbericht in »Med. Record« 1887. März 19.)

Dr. Malcolm McLean spricht über: Uterusruptur. Nach allgemeinen Bemerkungen über Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose und Häufigkeit des Vorkommens wurde ausführlich über 4 Fälle berichtet, von denen 1 genas: hier gelang es leicht, das theilweise aus dem Uterus getretene Kind durch sanften Zug am Kopfe in den Uterus zurückzubringen und Wendung auszuführen; rechtsseitige Hämatocele, Genesung. Die Frage: was soll geschehen nach konstatirter Uterusruptur? beantwortet McLean dahin, dass die konservative Behandlung nicht ganz unberücksichtigt gelassen, dass in Fällen unvollständiger Zerreißung die Entbindung per vias naturales versucht werden sollte. In Fällen, wo die Ruptur eingetreten vor völliger Eröffnung des Muttermundes, wo Liquor amnii in die Bauchhöhle ausgetreten oder Darmschlingen in die Uterushöhle prolabirt seien, sollte die Laparotomie, eventuell Porro ausgeführt werden.

Dr. Lee ist der Ansicht, dass es besser ist für die Mutter, bei der geringsten Schwierigkeit im Zurückbringen des Kindes, die Laparotomie auszuführen, selbst auf die Gefahr hin, den Shock dadurch zu erhöhen.

Dr. Lusk sah 3 spontane Rupturen: bei der ersten trat das Kind nicht aus dem Uterus, Zangenentbindung; Mutter starb innerhalb 24 Stunden; L. glaubt, dass Laparotomie in diesem Falle weder geholfen, noch geschadet haben würde. Im zweiten und dritten Falle wurde die Ruptur intra vitam nicht erkannt; L. spricht sich gegen jeden gewaltsamen Versuch, das Kind in den Uterus zurückzubringen, aus, auch wenn nur ein Theil ausgetreten ist, und zwar wegen der Möglichkeit, den Riss zu vergrößern, er empfiehlt hier die Laparotomie und Sutur des Uterus.

DDr. Hanks, Grandin und Partridge sprechen im Sinne des Vortr., dass schonende Versuche zur naturgemäßen Entbindung gemacht werden sollen, bei deren Misslingen die Eröffnung der Bauchhöhle zu machen sei. Eventuell ist Laparotomie und Uterusnaht auch in den Fällen naturgemäßer Entbindung noch nöthig. **Kreutzmann** (San-Francisko).

8) **Maas** (Würzburg). Über einen ungewöhnlichen Fall von Unterleibsgeschwulst. (Mit Demonstration.)

(Sitzungsberichte der phys.-med. Gesellschaft zu Würzburg. Jahrgang 1886.)

14jähriger Knabe. Bald nach der Geburt war eine stärkere Auftreibung des Unterleibes aufgefallen; dieselbe nahm mit den Jahren zu, ohne besondere Störung zu veranlassen. Vor einem Jahre rascheres Wachsen der Geschwulst und Eintritt von Athemnoth und Herzklopfen. Urinentleerung regelmäßig; Stuhl häufig, spärlich, dünn. Bei der Aufnahme in das Spital zeigte sich die Haut des stark aufgetriebenen Abdomens blass; nicht ödematös; einige mäßig dilatirte Venen. Umfang am Nabel 91, größter, 8 cm über dem Nabel, 100 cm. Überall tympanitischer Schall, nur ganz seitlich etwas Dämpfung. Kein fester Tumor zu palpiren. Urin nur am ersten Tage eiweißhaltig. Auf Eingießungen wiederholter Stuhlgang. Sonde, in den Mastdarm eingeführt, unter den Bauchdecken zu fühlen, über den Tumor hinweggleitend. Daher zunächst Diagnose: angeborene linksseitige Hydronephrose oder Cystenniere.

Nun ergab aber eine zur größeren Sicherung dieser Diagnose in der linken Regio lumbal. mit ziemlich weitem Trokar gemachte Punktion: Koth. Eine Probeincision in der Linea alba zeigte den Tumor so dicht mit dicken Venen bedeckt, dass von einer weiteren Punktion abgestanden und die Bauchwunde wieder geschlossen wurde. Hierauf wurde die Diagnose auf Kommunikation einer Cystenniere mit dem Darm gestellt.

Es folgte keine entzündliche Reaktion, aber eine rasche Zunahme der Geschwulst und Eintritt bedeutender Athemnoth — dannn plötzlicher Tod.

Bei der Sektion ergab sich der Tumor als ein ganz kolossales Darmdivertikel »am oberen Theile des Mastdarms ansitzend«. Die Kommunikationsstelle lag an der hinteren unteren Wand der $^1/_3$ mit Luft und zum Rest (14 Liter) dünnen Koths gefüllten Cyste, so zwar, dass bei Füllung der Cyste der Mastdarm komprimirt wurde.

Verf. — und mit ihm Kölliker in der Debatte — stellen sich die Entstehung dieses Divertikel der Weise vor, dass sich, bei Bildung des Mastdarms, die Einstülpung des äußeren Keimblattes nicht mit dem vom inneren herunterkommenden Theile trifft, sondern zunächst seitlich desselben noch etwas in die Höhe gewachsen ist, um dann erst seitlich eine Kommunikation mit jenem zu bilden. Ähnliche pathologische Befunde sind bei Atresia ani Neugeborener ebenfalls hin und wieder schon beobachtet. **Zeiss** (Erfurt).

9) **Julius S. Clark** (Melrose, Mass.) Krankheit in der Milchkanne.

(Boston med. and surg. journ. 1887. August 4. p. 100.)

Verf. berichtet über eine abgegrenzte Diphtherie-Epidemie, wobei fünfzig Fälle von Erkrankungen in 30 Familien vorkamen; in 24 Familien kam die Milch von solchen Häusern, wo diese Krankheit existirte. Es ereigneten sich 14 Todesfälle, 13 davon in solchen Familien, deren Milch inficirt war.

Da die Milch so leicht absorbirt, ist meist nicht der Erzeuger der Milch, die Kuh, sondern die Behandlung der Milch: Zuschütten von verdorbenem Wasser, unreine Gefäße etc. dasjenige, was dieselbe gefährlich macht.

Kreutzmann (San-Francisko).

10) **Edward Reynolds** (Boston). Fall von Stirnlage, in Gesichtslage umgewandelt; Zange am hochstehenden Kopf.

(Boston med. and surg. journ. 1887. August 4. p. 102.)

IIpara, geräumiges Becken; ein intramurales, orangegroßes Fibroid des unteren Uterinsegments rechterseits, nur vom Abdomen aus zu fühlen, ist die Veranlassung zur Stirneinstellung. Narkose; das Fibroid befindet sich oberhalb des Kopfes; es gelingt leicht, den Kopf zu strecken und Gesichtslage hervorzurufen, Kinn nach hinten. Zangenversuch mit der Absicht, den Kopf zu drehen, ohne Erfolg; eben so wird die Wendung ohne Erfolg versucht, da der Uterus sich ringförmig um den Hals kontrahirt ergiebt. Der Kopf lässt sich leicht in seine ursprüngliche

Einstellung zurück und aus dieser wieder in Gesichtseinstellung bringen. Das Kinn wird manuell nach vorn rotirt, Zange angelegt und mit einiger Schwierigkeit das acht Pfund schwere Kind (weiblichen Geschlechts) scheintodt entwickelt; Wiederbelebung; Wochenbett ohne Störung. **Kreutzmann** (San-Francisko).

11) **Charles P. Strong** (Boston). Geburtserschwerung durch tonische ringförmige Kontraktion des Uterus.

(Boston med. and surg. journ. 1887. Januar 9.)

27jährige IIpara; langsam verlaufende Geburt, Schädellage, wegen sekundärer Wehenschwäche schließlich Zange am hochstehenden Kopf angelegt. Es gelingt nicht das Kind zu entwickeln, da eine elastisch wirkende Gewalt dasselbe zurückzuhalten schien. Zange entfernt, die eingeführte Hand findet das untere Uterinsegment erschlafft und geräumig, gerade über dem Becken befindet sich eine bandartige Zusammenschnürung des Uterusgewebes in der Dicke von ca. $^3/_8$ Zoll (ca. 1 cm), eng an den Fötus sich anschließend. Wendung; bei derselben schlüpfte der Kopf nach oben durch den Ring mit so lautem Geräusche, als ob der Femur gebrochen sei; der nachfolgende Kopf tritt ohne Schwierigkeiten durch; Kind scheintodt geboren, wird wieder belebt. **Kreutzmann** (San-Francisko).

12) **G. M. Lewis** (Vernon, New York). Erbrechen während der Schwangerschaft, nicht gebessert durch Dilatation, gestillt durch andere Mittel.

(Med. record 1887. März 26.)

Farbige, 26 Jahre alt, IVpara (2 Entbindungen, 1 Abort); bei allen Schwangerschaften starkes Erbrechen während der ersten Zeit; diesmal seit der 8. Schwangerschaftswoche äußerst quälendes Erbrechen: eine Reihe Mittel versucht ohne Erfolg. Die 2malige, innerhalb 3 Tagen ausgeführte gründliche Dilatation des Cervix mit dem Stahldilatator, so dass der Zeigefinger eingeführt werden konnte, blieb ohne jegliche Einwirkung. Pat. ist höchst abgemagert und schwach, Puls 140.

Rectalernährung; jeden Abend Morphininjektion, jeden 2. Abend 0,3 Kalomel mit 0,12 Santonin: nach 8 Tagen fortschreitende Besserung.

Kreutzmann (San-Francisko).

13) **A. H. N. Lewers** (London). Über rasche Dilatation des Cervix uteri.

(Lancet 1887. September 10. p. 507.)

L. empfiehlt sehr warm die Dilatatoren von Hegar und beschreibt eingehend die Art und Weise ihrer Anwendung. Übele Zufälle, wie Einrisse in den Muttermund, hat er niemals gesehen, hält dieselben auch bei vorsichtiger Anwendung für leicht zu vermeiden. Eine Anzahl Fälle werden mitgetheilt, darunter einer von Blutungen im 6. Monat der Schwangerschaft, bei welchem nach rapider Erweiterung Placenta praevia gefunden, die Wendung und langsame Extraktion vorgenommen wurde. Das Wochenbett verlief ohne Temperatursteigerung. L. wirft die Frage auf, wie hier der Verlauf gewesen wäre, wenn in der gewöhnlichen Weise mit Pressschwamm die Dilatation vorgenommen worden wäre.

Engelmann (Kreuznach).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 17. Sonnabend, den 28. April. 1888.

Programm

für die am 24.—26. Mai 1888 in Halle stattfindende zweite Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie.

Mittwoch, den 23. Mai Abends 8 Uhr Vorversammlung im Gasthofe »Stadt Hamburg«.

Donnerstag, den 24. Mai: Erster Sitzungstag. Vormittags 9—12 Uhr: in der kgl. Universitäts-Frauenklinik: Wahl des nächsten Versammlungsortes und Vorträge. 12—2 Uhr: Frühstück. Nachmittags 2—4 Uhr: Vorträge. 5 Uhr: Gemeinschaftliches Diner in der »Stadt Hamburg«.

Freitag, den 25. Mai: Zweiter Sitzungstag. Vormittags 9—12 Uhr: Vorträge und Demonstrationen. Nachmittags 2—4 Uhr: Vorträge. 5 Uhr: Diner in Privatkreisen.

Sonnabend, den 26. Mai: Dritter Sitzungstag. Vormittags 9 bis 12 Uhr: Vorträge und Demonstrationen. 12 Uhr: Schlusssitzung, eventuell gemeinsamer Ausflug nach Kösen.

Die Herren Mitglieder und Theilnehmer werden ersucht, bis spätestens 24. Mai 9 Uhr Vormittags brieflich oder durch Einzeichnung in die in der Frauenklinik aufliegende Liste ihre Betheiligung an dem gemeinschaftlichen Diner so wie an dem Ausfluge nach Kösen anzugeben.

Bis heute sind folgende Vorträge angemeldet.

1) *Herr Dührssen (Berlin). Über Stoffaustausch zwischen Mutter und Frucht.*
2) *Herr Winckel (München). Zur Beförderung der Geburt des nachfolgenden Kopfes mit Demonstration.*
3) *Herr Dohrn (Königsberg). Zur Frage der Behandlung der Nachgeburtszeit mit Demonstration von Abbildungen.*
4) *Herr Schwarz (Halle a/S.). 1. Zur Therapie der Extra-uterin-Schwangerschaft. 2. Über Atonie des nicht puerperalen Uterus. 3. Demonstration von Präparaten.*
5) *Herr Werth (Kiel). 1. Über Entstehung von Psychosen im Gefolge von Operationen am weiblichen Genitalapparate. 2. Über Laparotomie bei hochliegendem Becken. 3. Über die Anwendung versenkter Nähte bei plastischen Operationen an Damm und Scheide.*
6) *Herr Pott (Halle a/S.). Zur Ätiologie der Vulvovaginitis im Kindesalter.*
7) *Herr Döderlein (Leipzig). Über inneres Erysipelrecidiv nach monatelanger Latenz in Folge einer Frühgeburt.*
8) *Herr Zweifel (Leipzig). Thema vorbehalten.*
9) *Herr Freund (Straßburg). Über angeborene und erworbene Tubenanomalien.*
10) *Herr Sänger (Leipzig). 1. Über Blasenverletzung bei Laparotomien. 2. Über Leukämie bei Schwangeren. 3. Demonstration von Operirten nach Lappenperineorrhaphie, nach Ventrofixatio uteri retroflexi.*
11) *Herr Schultze (Jena). Kurze Mittheilung über Pessarien.*
12) *Herr Schatz (Rostock). 1. Therapeutische Mittheilungen: a) bei Ischuria puerperarum, b) bei Schwangerschaftswehen, c) bei Wendung und Extraktion wegen Beckenenge. 2. Über die Placenta circumvallata. 3. Über die Sterblichkeit im Wochenbette im Großherzogthum Mecklenburg-Schwerin.*
13) *Herr Baumgärtner (Baden-Baden). 1. Zur Operation parametritischer Abscesse. 2. Zur Operation des Cervixcarcinoms.*
14) *Herr Ahlfeld (Marburg). 1. Über Placenta praevia mit Benutzung eines Durchschnittes durch einen hochschwangeren Uterus. 2. Über bisher noch nicht beschriebene intra-uterine Bewegungen des Kindes. 3. Berufs- oder Gelegenheitshebammen.*
15) *Herr Leopold (Dresden). Zur Behandlung der Uterusruptur.*
16) *Herr Bumm (Würzburg). Erfahrungen über Achsenzugzange.*
17) *Herr Skutsch (Jena). Zur Therapie der Retroflexio uteri.*
18) *Herr Keil (Halle a/S.). Über zweizeitige Eröffnung cystischer Abdominaltumoren.*
19) *Herr Fritsch (Breslau). 1. Über plastische Operationen. 2. Über Myomotomie.*

Halle a/S., den 20. April 1888. **R. Kaltenbach.**

(Aus dem klinischen Institut der Großfürstin Helene Pawlowna in St. Petersburg.)

Kurze Notiz über einen Fall von Infarkt im Parenchym eines Uterusmyoms.

Von

Dr. med. **D. v. Ott,**

Privatdocent für Gynäkologie in St. Petersburg.

Ich will hier in Kürze über einen von mir im December v. J. beobachteten und operirten Fall berichten, dem ich in der mir zugänglichen sowohl gynäko-

logischen, als speciell pathologisch-anatomischen Litteratur kein Analogon an die Seite zu stellen im Stande bin. Wie schon die Überschrift andeutet, handelte es sich hier um einen blutigen Infarkt, der im Gewebe eines Fibromyoms der Gebärmutter sich entwickelt hatte. Indem ich in vorliegenden Zeilen mich auf eine nur knappe Beschreibung dieses Falles beschränke, verweise ich diejenigen meiner Leser, die sich für denselben etwa mehr interessiren sollten, auf einen von Frau Dr. Prokofieff, die diesen Fall genauer studirte, in der russischen medicinischen Zeitschrift »Wratsch« (1888 No. 9) veröffentlichten Aufsatz.

In der 2. Hälfte des Oktober v. J. wurde in die gynäkologische Abtheilung des klinischen Instituts der Großfürstin Helena Pawlowna zu St. Petersburg eine 34jährige Handwerkersfrau aufgenommen, die über das Vorhandensein einer Geschwulst in ihrem Unterleibe klagte, verbunden mit starken Schmerzen, welche die Pat. verhinderten, nicht nur zu arbeiten, sondern auch zu gehen und überhaupt jedwede Bewegung auszuführen. Bei der Untersuchung konnte ich in der That in der Bauchhöhle die Gegenwart eines runden Körpers von der Größe des Kopfes eines etwa 5—6 monatlichen Kindes konstatiren, von beschränkter Beweglichkeit, der in seinem oberen Theile überaus schmerzhaft erschien und mit der vorderen Fläche des Fundus uteri in engem Zusammenhange sich befand. Die Kontouren dieser Neubildung waren ziemlich regelmäßig, die Oberfläche glatt, die Konsistenz eine etwas weichere, als sonst beim Uterusmyom. Im Übrigen boten die Organe der Genitalsphäre nichts Besonderes. Von den anderen Organen des Körpers fanden sich nur am Herzen folgende Erscheinungen vor: die Herzdämpfung war rechts auf 2 cm über die normale Grenze verschoben. Bei der Auskultation konnte man ein systolisches Geräusch an der Bicuspidalis wahrnehmen; der 2. Ton an der Art. pulmonalis erschien accentuirt. Irgend welche Anzeichen einer gestörten Kompensation der Herzthätigkeit waren nicht vorhanden. Die Anamnese ergab, dass Pat. eine Nullipara sei. Erste Menstruation bei 14 Jahren, seit dann bis dato Menses in regelmäßigen Zwischenräumen von etwa 3 bis 4 Wochen, jedes Mal 3—4 Tage anhaltend, gewöhnlich schmerzhaft, namentlich aber in letzterer Zeit. Aus den nicht immer sicheren Angaben der Pat. konnte man den Schluss folgern, dass Letztere zuerst vor etwa einem Jahre von heftigen Schmerzen in der unteren Bauchgegend gepackt wurde, die sie sogar veranlassten durch volle drei Wochen das Bett zu hüten. Seit dieser Zeit konnte sich Pat. überhaupt nicht mehr erholen. Damals bemerkte sie auch zum ersten Male, dass sie im Leibe eine palpable Geschwulst bekommen habe. Während ihres Aufenthaltes im klinischen Institut bis zur Vornahme der Operation war ihre Temperatur stets normal (ca. 37,5°) und stieg nur zweimal bis auf 38°.

Am 9. December wurde von mir die Laparotomie ausgeführt, am 30. konnte Pat. als vollständig geheilt entlassen werden.

Die ausgeschnittene Geschwulst bot in so fern eine Eigenthümlichkeit dar, als genau entsprechend derjenigen Stelle, wo Pat. bei Druck eine große Empfindlichkeit äußerte, ein großer, nahezu runder Fleck zum Vorschein kam, der das Niveau des übrigen neugebildeten Gewebes um etwas überragte. Der Umfang dieses Fleckes war der einer kleinen Tasse. Vom übrigen Gewebe grenzte er sich durch eine rothblaue Zone von erweiterten Blutgefäßen ab, was schon makroskopisch deutlich wahrgenommen werden konnte. Nahe dem Centrum zu erschien der Fleck blasser. Entsprechend dem Fleck war das entsprechende Gewebe auf dem Durchschnitte durchweg verändert. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Bild eines blutigen Infarktes. Als einziges klinisches Symptom, welches auf Infarkt hindeutete, konnte man vielleicht die Schmerzhaftigkeit des Tumors innerhalb der angegebenen Grenzen ansehen, ein Umstand, den ich vor der Operation als Zeichen einer partiellen, lokalisirten Peritonitis annahm.

---

1) **Veit.** Puerperale Eklampsie.

(Sammlung klin. Vorträge No. 304.)

V. empfiehlt den ausschließlichen Gebrauch der subkutanen Morphiuminjektionen bei der Eklampsie der Gebärenden, und sieht die bisherige Unwirksamkeit in den viel zu kleinen Dosen, in denen es gegeben wurde. Mit 0,03 beginnend, soll man in 24 Stunden dreist bis 0,1 oder 0,2 steigen. Diese Anwendung,, bei der er eine große Reihe von Jahren hindurch keine Eklamptische verlor, machte V. so sicher, dass er seinen Zuhörern geradezu sagte, an Eklampsie dürften sie eine Kranke niemals sterben lassen. Da verlor er im letzten Jahr 2 Eklamptische. Er ertheilt daher den Rath, in schweren Fällen warme Bäder von 42—45° C. mit nachfolgender Einpackung in wollene Decken zu geben, und ist überzeugt, durch dies Verfahren keine Pat. mehr zu verlieren. Die rasche Entbindung, so fern sie ohne große Quetschungen ausgeführt werden kann, ist selbstverständlich immer angezeigt. **Glitsch** (Königsfeld, Baden).

2) **Barnes.** Über die inneren und äußeren Ursachen des Kindbettfiebers.

(Separat-Abdruck.)

B. bespricht die Ätiologie des Puerperalfiebers und gelangt dabei zu den von unseren gänzlich abweichenden Ansichten. Zwar anerkennt er auch eine Übertragung des Giftes von außen, doch legt er ihr nicht den auschließlichen Werth bei, den wir ihr zu geben gewohnt sind.

Ernährung, psychische Einflüsse, und vor Allem die Blutveränderung während der Schwangerschaft sollen oft Anlass zum Fieber nach der Geburt geben. Noch häufiger trägt die Geburtsarbeit selber die Schuld, so wie auch die Lochien, eine todte Frucht, Retentio placentae das Gift zur Autosepsis hervorrufen.

Blutungen, so wie der Konnex mit Masern-, Diphtheritis-, oder Scharlachkranken geben häufig die Ursache zur Ansteckung.

Ein anderer Grund zu den Puerperalerkrankungen, mit denen wir uns eher einverstanden erklären, wird in den meteorologischen Verhältnissen gesucht. Der Winter ist bekanntermaßen die Zeit, in der die puerperalen Epidemien am häufigsten auftreten. Dies findet seine Erklärung in der mangelhaften Lüftung der Räume und der in denselben aufsteigenden Miasmen. Daher ist die Sorge für gute Luft erste Bedingung und eine nach hygienischen Regeln erbaute Wohnung. **Glitsch** (Königsfeld, Baden).

3) **Kraske.** Die sakrale Methode der Exstirpation vom Mastdarmkrebse und die Resectio recti.

(Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 48.)

Die von K. erfundene und verbesserte Methode der Exstirpation des Mastdarmkrebses ist folgende: Ein Schnitt in der Mitte des

Kreuzbeins bis zum After, Exstirpation des Steißbeins, Ablösen der Weichtheile über dem Kreuzbein, Durchtrennung der Ligamente spinoso-sacrum und tuberoso-sacrum und eventuell noch eine partielle Resektion des linken Kreuzbeinflügels. Auf diese Weise gelangt man verhältnismäßig leicht zur Neubildung, und kann sie auch bei hohem Sitz ohne starke Blutung exstirpiren. Dann näht man die Darmenden, jedoch nur an der vorderen Seite zusammen und lässt nach hinten eine Öffnung, einen Anus praeternaturalis sacralis. K. thut dies, weil, wenn er die cirkuläre Naht anlegte, diese doch immer wieder durch die vorhandene Menge von Kothmassen zerrissen wurde. Die spätere Heilung des Anus praeternat. sacr. erreicht er, indem er 2 Lappen aus den Hinterbacken mit ihrer wunden Fläche gegen einander auf die Öffnung legt. K. verwahrt sich noch gegen Bardenheuer, welcher die Operation vielfach in anderer Weise ausgeführt hat, als sie von ihm angegeben ist.

Glitsch (Königsfeld, Baden).

---

4) **G. Heinricius** (Helsingfors). Über prophylaktische Drainage der Bauchhöhle nach Ovariotomie.

(Finska Läkaresällsk. Handl. 1886. Bd. XXVIII. Hft. 4—6. p. 203—244.)

In Folge von klinischer Erfahrung, von Experimenten an Kaninchen (denen von v. Ott ähnlich, und zu ähnlichen Resultaten führend) und von den in der ausführlich berücksichtigten Litteratur niedergelegten Betrachtungen und Krankengeschichten, spricht sich Verf. gegen eine ausgiebige Verwendung der prophylaktischen Drainage nach Ovariotomien aus. Dieselbe erfüllt nur selten ihren Zweck, denn das Drainrohr wird bald von einer undurchdringlichen Kapsel umgeben, die dasselbe von der Bauchhöhle abschließt. Die Möglichkeit, dass eine Infektion durch das Drainrohr vermittelt werden kann, muss auch beigegeben werden. In den seltenen Fällen aber, wo eine Drainage Verwendung findet, soll dieselbe nach 2mal 24 Stunden entfernt werden. **Leopold Meyer** (Kopenhagen).

---

5) **John Philipps.** Die Ätiologie und Pathologie des Hydramnios und dessen Beziehungen zu gewissen Abnormitäten am Fötus.

(Edinburg med. journ. 1887. April.)

Der erste Theil der übrigens sehr eingehend gehaltenen und auf gründliches Studium der bezüglichen Litteratur gestützten Arbeit besteht in einer Nebeneinanderstellung der verschiedenen Theorien über die Entstehung der Amniosflüssigkeit überhaupt und über die des Hydramnios im Besonderen; ohne dass Verf. sich einer derselben auf Grund eigner Beobachtungen fest angeschlossen, oder selbst Neues gebracht hätte. Der zweite Theil beschäftigt sich mit den Beziehungen des Hydramnios zu gewissen Verbildungen am Fötus.

Auch dieser besteht im Wesentlichen in Aufzählung der bisher in der Litteratur mitgetheilten Thatsachen und darauf fußenden Erklärungsversuchen. Die Ergebnisse seiner Zusammenstellungen fasst Verf. am Schlusse der Arbeit, die als Ganzes betrachtet, einen recht klaren Überblick über den jetzigen Stand der Frage giebt, in folgenden Sätzen zusammen:

1) Jeder Fall von Hydramnios dürfte mehreren ursächlichen Momenten seine Entstehung verdanken, deren Mehrzahl eine Veränderung in der Spannung der Nabelvene und ihrer Verzweigungen oder in geringerem Grade der Nabelarterien, bewirken.

2) Im Beginne der Schwangerschaft ist der von Ahlfeld beschriebene negative Druck ein wichtiger Faktor in der Bildung der Flüssigkeit, deren Rolle später aber mehr durch Winkler's Intercellularräume und die Jungbluth'schen Vasa propria übernommen wird.

3) Urinabsonderung besteht sicher während der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, wenn nicht früher; dieser Urin, resp. sein Analogon in dem fötalen Stoffwechsel, nehmen Theil an der Beeinflussung der Menge der Amniosflüssigkeit.

4) Syphilis trägt zur Entstehung des Hydramnios bei mehr durch die krankhaften Veränderungen fötaler Organe, als durch solche der Placenta.

5) Pathologische Zustände am Fötus (bei Hydramnios) sind gewiss noch viel häufiger, als bisher angenommen wurde.

Zeiss (Erfurt).

---

6) **A. Auvard** (Paris). Über die Bildung der stark hervortretenden Fruchtblase.

(Edinburg med. journ. 1887. August.)

A. hat in einem Falle beobachtet, dass die bis in die Vulva hervortretende Blase nur aus Amnion bestand. Dieses muss sich also von den anliegenden Häuten gelöst und dieselben höher oben gelassen haben. Hieran wird der Vorschlag geknüpft, bei seitlicher oder tiefer Insertion der Placenta mit größter Vorsicht nur die etwa die Fruchtblase noch bedeckende Decidua und Chorionschichten zu spalten (!), um dem Amnion das alleinige Tiefertreten zu ermöglichen und so weitere Trennung der anderen Häute und Blutungen zu vermeiden.

Zeiss (Erfurt).

---

7) **Nieberding** (Würzburg). Über Melaena neonatorum.

(Vortrag in der phys.-med. Gesellschaft zu Würzburg 1886.)

Blutige Darmausscheidungen stellten sich in dem mitgetheilten Falle am 2. Lebenstage ein, während am 1. das Kind noch völlig gesund und normal ausgesehen hatte. Ca. 12 Stunden später trat der Tod ein. Außer starker Anämie sämmtlicher Organe war weder in der Nabelvene, in den Mesenterialgefäßen, noch in der Darm-

schleimhaut etwas Besonderes nachzuweisen. Dagegen war der Ductus Botalli in einer Weite von 1,6 cm offen; über seiner Einmündung in die Aorta eine ziemlich beträchtliche Stenose und beide Pulmonalarterien ziemlich eng.

Verf. glaubt, dass, im Gegensatz zu den sonst veröffentlichten Fällen von Melaena neonatorum, in denen bisher meist die Genese nicht klargestellt werden konnte, hier die Erklärung nicht die geringste Schwierigkeit böte. Durch die geschilderte Anomalie wurde eine Menge venösen Blutes direkt in die Aorta getrieben, so dass das Unterleibsgefäßsystem enorm überfüllt und durch Stase Gefäßrupturen bedingt.

Zur Diskussion theilt Herr Diem 2 weitere, von ihm beobachtete Fälle mit. Im ersten traten übrigens mäßige Blutungen, zuerst 36—48 Stunden vor dem Tode auf, zunächst als blutfarbstoffhaltiger Urin, dann aus Mund und After. Die Unterleibskapillaren strotzten von Blut; die Lungenalveolen waren damit angefüllt, während eine größere Menge Blut in Magen und Darm nicht vorhanden und die Schleimhäute daselbst intakt waren. Der Tod erfolgte auch nicht unter den Anzeichen von Verblutung, sondern unter zunehmender Cyanose und Somnolenz. Auch im 2. Falle trat am zweiten Tage Cyanose und Somnolenz ein, am 10. Ödem an Scrotum und Hypogastrium, und am 11. Exitus. Hier setzte sich, nach Abgabe der Pulmonaläste, der Pulmonararterienstamm mittels eines kurzen Ganges von der Weite eines dünnen Bleistiftes in direkte Verbindung mit der absteigenden Aorta, während der normal weite Aortenstamm mit der Bildung der drei Bogengefäße abzuschließen schien.

Rindfleisch meint, dass wohl im 2. Falle des Herrn Diem eine Stenosis isthmica vorgelegen habe, d. h. eine sehr dünne strangförmige Verbindung zwischen der Mündung des Ductus Botalli und der Ursprungsstelle der großen Gefäßstämme des Aortenbogens bestanden hätte. R. stimmt übrigens mit der von N. gegebenen Erklärung des von diesem mitgetheilten Falles überein. Die Verkümmerung oder mangelhafte Entwicklung der Lungenarterien sei wohl als das fernere ursächliche Moment der Darmblutung zu betrachten.

Zeiss (Erfurt).

---

8) **David Blyth.** Mittheilungen über die Sitten und Gebräuche der Fidschiinsulaner in Beziehung zu Menstruation, Konception, Schwangerschaft und Geburt.

(Glasgow med. journ. 1887. September.)

Die Arbeit ist gewiss von großem Interesse, da sie Sitten und Gebräuche eines untergehenden Kulturlebens fixirt. Es genügt wohl, dieselbe hier einfach zu registriren. Zeiss (Erfurt).

Kasuistik.

9) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 23. März 1888.

Vorsitzender: Herr Olshausen; Schriftführer: A. Martin.

Nachdem der Vorsitzende die Namen der zur Aufnahme vorgeschlagenen Ärzte verlesen, erstattet Herr Gusserow Bericht über die Thätigkeit der von der Gesellschaft eingesetzten Kommission betreffs der Frage von Wöchnerinnenpflegestätten. Diese Kommission hat unter dem Vorsitz des Herrn Gusserow beschlossen, der Gesellschaft die Unterstützung der von Herrn Löhlein seiner Zeit angeregten Bestrebungen für derartige Pflegestätten unbemittelter Wöchnerinnen vorzuschlagen, indem sie vom wissenschaftlichen Standpunkt aus den Mangel geeigneter Pflege gerade in der Zeit nach der Entlassung aus den Gebärhäusern als eine sehr fühlbare Lücke bezeichnet. Diesen Mangel an geeigneter Stelle klarzustellen, empfiehlt die Kommission der Gesellschaft. Die darüber von Herrn Löhlein ausgearbeitete Denkschrift schlägt die Kommission vor, der Ärztekammer und dem Magistrat zu Berlin einzureichen. Der Vorstand der ersteren hat sich schon entgegenkommend darüber geäußert; der Magistrat von Berlin ist zur Zeit mit der Einrichtung von Rekonvalescentenhäusern beschäftigt und hat ebenfalls zu dieser Frage in entgegenkommender Weise Stellung genommen.

Herr Löhlein verliest die Denkschrift, durch welche bei der kgl. Staatsregierung resp. dem Magistrat beantragt wird, dem besonders in den großen Städten häufig und schwer empfundenen Mangel in der Rekonvalescentenpflege abzuhelfen durch Errichtung von Pflegestätten für unbemittelte Wöchnerinnen.

Der Vorsitzende stellt die Angelegenheit zur Diskussion.

Herr Solger wünscht, dass der Denkschrift zahlenmäßige Beläge beigegeben werden möchten, auch hält er ein näheres Eingehen auf Details für geeignet.

A. Martin erwiedert, dass der Vorstand der Ärztekammer ihm das Referat über diesen Gegenstand in der nächsten Sitzung übertragen habe. Dabei werde sich Gelegenheit bieten, die von Herrn Solger gewünschten Zahlen zu geben, eben so die Details, welche geeignet sein werden, einem entsprechenden Beschluss der Kammer zur Unterlage zu dienen.

Nachdem der Vorsitzende und Herr Gusserow noch für die knappe Form der Denkschrift eingetreten, beschließt die Gesellschaft im Sinne der Kommission.

Die Denkschrift ist mit den Unterschriften des Vorstandes der Gesellschaft der Ärztekammer und dem Magistrat eingereicht worden.

I. Demonstration von Präparaten:

a) Herr J. Veit legt eine Placenta aus dem 6. Monat vor, welche sich vorzeitig abgelöst hat. Der Grund der Ablösung bei normalem Sitz lag hier in ausgesprochener Endometritis der Serotina; Pat. hatte schon einmal abortirt, in dieser Schwangerschaft seit 6 Wochen unregelmäßig geblutet und die letzten 4 Wochen dauernd im Bett gelegen. Die Placenta zeigte an mehrfachen Stellen die Reste von kleineren vorzeitigen Lösungen in Gestalt von Höhlen mit verdickter Wand und die letzte betrifft eine über 5markstückgroße Fläche. Der Fötus kam frischtodt.

b) Herr Bröse zeigt ein Myom des Uteruskörpers, welches durch supravaginale Amputation von der Bauchhöhle aus vor 3 Wochen von ihm entfernt wurde. Die Operation war dadurch sehr erschwert, dass Coecum und Flexura sigmoidea und Dünndarm mit dem Tumor innig verwachsen waren und vorsichtig erst lospräparirt werden mussten, bevor es gelang, den Schlauch herumzulegen. Die Anhänge waren beiderseits so innig mit dem Dickdarm verwachsen, dass B. es vorzog, dieselben nicht mit zu entfernen. Der Verlauf war reaktionslos. Pat. wurde am 18. Tage nach der Operation entlassen. Indikation zur Operation bildeten sehr starke Dysmenorrhoe und profuse Menstruation.

II. Zur Diskussion über den Vortrag des Herrn Nagel: Über das menschliche Eierstocksei, die Wachsthums- und Reifungserscheinungen an demselben in Vergleich mit dem Thierei, ergreift keiner der Anwesenden das Wort.

III. Herr Winter: Über die Mikroorganismen im Genitalkanal der gesunden Frau.

Vortr. hat alle Theile des Genitalkanals an der Lebenden auf Mikroorganismen untersucht und sucht an der Hand seines Materials 2 Fragen zu beantworten:

1) Welche Theile des Genitalkanals enthalten Organismen?

2) Finden sich im Genitalkanal der gesunden Frau auch pathogene Organismen?

Die Untersuchungsresultate sind folgende:

Die normale Tube enthält keine Mikroorganismen.

Das Cavum uteri enthält gewöhnlich keine Bakterien; dieselben können aber durch äußere Transportmittel, z. B. die Sonde, leicht hinein gelangen.

Der Cervix enthält immer reichlich Organismen, eben so die Vagina.

Bei der Untersuchung auf pathogene Organismen fand W. einen, welchen er für den Staphylococcus pyogenes albus zu halten geneigt ist, und zwar war derselbe in der Hälfte aller Fälle in den bakterienhaltigen Theilen nachweisbar; außerdem fand er den Staphyl. pyog. aureus 4mal, den St. p. citr. 1mal; Streptokokken fanden sich 3mal. Die Gründe, warum W. die oben genannten Organismen wirklich für Staphylokokken hält, sind die absolute Übereinstimmung in den kulturellen Eigenschaften und bei dem St. p. aur. und citr. noch das charakteristische Pigment.

Um die Identität sicher nachzuweisen und um zugleich die Virulenz zu prüfen, machte W. zahlreiche Impfversuche an verschiedenen Thierspecies, aber alle ohne Erfolg. Trotzdem hält er aus den oben ausgesprochenen Gründen an der Identität fest und glaubt, dass sich diese Organismen in einem Zustand der abgeschwächten Virulenz finden.

Die praktischen Konsequenzen zieht W. wesentlich aus der sicher bewiesenen Thatsache, dass in den oberen Theilen des Genitalkanals keine Organismen sind; er warnt vor Allem vor dem Gebrauch der Uterussonde, vor Operationen mit Eröffnung der Uterushöhle, bespricht die präparatorische Desinfektion des Genitalschlauches vor Myomotomien und erörtert, wie die Lehre von der Selbstinfektion durch die oben angeführten Resultate beeinflusst werden kann.

(Der Vortrag ist ein Auszug der in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 2 veröffentlichten Arbeit über dasselbe Thema.)

Diskussion: Herr Jaquet wirft die Frage auf, ob nicht der Cilienstrom bei dem Transport der Mikroorganismen des Genitalkanals vom Collum in das Corpus von besonderer Bedeutung sei.

Herr Winter kann in der Flimmerbewegung keinen Grund für den Eintritt der Organismen in die Uterushöhle sehen, weil dann bei diesem stets funktionirenden Apparat regelmäßig Bakterien in der Uterushöhle sein müssten.

Herr Solger fragt, ob das saure Sekret nicht von Bedeutung sei.

Herrn Winter ist die Thatsache, dass die Pathogenität der Staphylokokken von der Reaktion des Nährbodens abhänge, nicht bekannt; er hat mit Staphylokokken aus dem Uterus und der Vagina geimpft und immer dieselben negativen Resultate erzielt.

Zu der von Herrn Olshausen aufgeworfenen Frage, in wie weit die Demonstrationen zu Gunsten der Vorträge einzuschränken seien, schlägt A. Martin vor, die Dauer der ersteren auf je 5 Minuten zu beschränken.

Die Angelegenheit soll im Vorstand vorberathen werden.

---

10) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe zu New York.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. April bis August.)

Sitzung am 1. März 1887.

Wylie zeigt Tait's Leibbinde nach Laparotomie vor und empfiehlt sie warm, obgleich er nicht der Ansicht ist, dass durch ihren Gebrauch Hernien verhindert werden. Die Sicherheit dagegen liege in der sorgfältigen Naht, besonders der Fascie der Recti.

Sims, Lee und Andere betonen die Wichtigkeit des Tragens passender Leib-

binden nach Bauchschnitt. Perry theilt einen Fall mit, wo eine Hernie, welche sich bald nach der Operation in der Länge von 4 Zoll eingestellt hatte, ohne dass eine Bandage getragen wurde, nach mehreren Jahren verschwunden war.

In der weiteren Diskussion betonen sämmtliche Redner die Wichtigkeit sorgfältiger Naht und sprechen sich für besondere Naht des Peritoneums aus.

Mehrere neue Instrumente und Präparate werden vorgelegt. Polk knüpft daran die Bemerkung, ob bei manchen Erkrankungen der Eierstöcke und Tuben es in Zukunft nicht geboten erscheinen dürfte, an Stelle der Entfernung dieselben nur von ihren Adhäsionen loszulösen und sie dann wieder in die Bauchhöhle zurückzubringen. In 4 Fällen habe er so mit gutem Erfolge verfahren und zugleich den Uterus von seinen Adhäsionen befreit und durch Alexander's Operation in richtiger Lage fixirt.

Fowler zeigt das Wachspräparat eines Falles von Hermaphroditismus, Grandin die Photographie einer interessanten Deformität. Das Kind war gesund, der Oberarm der rechten Seite bestand aus zwei Humeri, von denen jeder in Gelenkverbindung mit je einer Ulna und Radius stand. Zwischen letzteren lag noch eine dritte Ulna und Radius. Es fanden sich drei Hände, die oberste hatte vier Finger und einen Daumen, welcher stets kontrahirt war, und an der Ulnarseite noch zwei rudimentäre Finger: die Mittelhand hatte keinen Daumen. Jede Hand konnte für sich bewegt werden. In der Familie des Vaters kamen verschiedentlich Missbildungen vor.

Chambers spricht über die chirurgische Behandlung großer Myome, welche die Scheide ausfüllen. Er empfiehlt die Methode von Thomas, die Geschwulst mit einer starken Schere stückweise wegzuschneiden. Sollte stärkere Blutung eintreten, so wird die Geschwulst vorher nach allen Richtungen hin mit dem spitzen Brenner des Paquelin durchstochen und gleichsam gebraten.

Wylie zieht Ausschälung der Geschwulst aus der Kapsel vor, dessgleichen Mundé, welcher die Schwierigkeit und Wichtigkeit betont, den Ansatz der Geschwulst genau zu bestimmen.

Sitzung am 15. März 1887.

McLean zeigt ein Pessar für Urethrocele und Incontinentia urini vor. Die Pelotte übt einen Druck auf beide Seiten der Urethra aus.

Mnndé demonstrirt 2 carcinomatöse Uteri, welche er vaginal entfernt hatte. In dem einen Falle war die Blase scheinbar eröffnet worden, da er in eine Höhle gelangte, aus welcher ein Strom Flüssigkeit sich entleerte, doch fand sich, dass letztere aus der Peritonealhöhle kam. In beiden Fällen war die Operation erfolgreich. Weiter zeigte derselbe ein kleines Epitheliom vor, welches er bei einer 24jährigen Jungfrau von der vorderen Wand der Scheide entfernt hatte.

Cleveland spricht über die Nothwendigkeit frühzeitiger Operation der Cervixrisse. Dieselbe wird seiner Ansicht nach meistens zu lang hinausgeschoben; das muss anders werden, damit dieselbe präventiv wirken kann.

Sitzung am 5. April 1887.

Morrin berichtet über einen Fall von Placenta praevia. Letztere war fest mit der Uteruswand verwachsen und musste gewaltsam losgelöst werden. Es bestand ausgedehnte Placentitis am ausgeprägtesten im Centrum; die Gefäße waren eng, in straffes fibröses Gewebe eingebettet.

Mundé zeigt das Präparat einer Dermoidcyste vor, welches interessant war, da in derselben sich eine große Anzahl rundlicher, gleichgroßer Körperchen fanden, etwa 1 cm im Durchmesser. Die Oberfläche ist glatt, die Konsistenz weich, sie bestehen aus Ölkügelchen, Haaren, glatten, kernlosen Epithelzellen.

Coe spricht über Behandlung der acquirirten Anteflexion mit Erkrankung der Eierstöcke in Bezug auf die Frage der Sterilität. C. hat mehrmals gesehen, dass Dehnung des Cervikalkanales bei anteflektirtem Uterus mit prolabirten Eierstöcken Schwangerschaft und in Folge dessen Heilung der Ovarialschmerzen erzielt. Er räth daher stets die kleine Operation vorauszuschicken, ehe man wegen der Schmerzen die prolabirten Eierstöcke entferne und dadurch die Frau zur Sterilität verdamme.

Sitzung am 19. April 1887.

Polk: Laparotomie bei fixirter Retroflexio oder Retroversio uteri. Die Laparotomie hat uns gezeigt, dass die Adhäsionen, welche den Uterus fixiren, nicht durch »Cellulitis« bedingt sind, sondern meistens von einer Salpingitis, und dass die empfindlichen Stellen in den breiten Mutterbändern nicht Residuen alter Entzündungen sind, sondern die Tuben und Eierstöcke, welche ebenfalls in abnormer Stellung fixirt sind. Wenn nun in solchen Fällen die gewöhnliche Behandlung im Stich lässt, so erscheint es rationell, die Laparotomie vorzunehmen wo möglich die Adhäsionen zu durchtrennen, die Tuben auszuwaschen, den Uterus in seiner richtigen Lage zu fixiren durch ein Drainagerohr oder Alexander's oder ähnliche Operationen und die Bauchhöhle wiederum zu schließen. P. hat in 4 Fällen, welche eingehend mitgetheilt werden, nach obigem Plan operirt und gute Resultate erzielt. Im ersten Fall war der Uterus fixirt, beiderseits bestand Oophoritis und Salpingitis, Tuben und Ovarien waren an die hintere Wand der breiten Mutterbänder angewachsen. Im zweiten der retroflektirte Uterus fest im Douglas verwachsen, beiderseits Ovarien und Tuben vergrößert und mit den Nachbarorganen verwachsen. Im dritten gingen von dem Uterus feste Verwachsungen nach dem Rectum und der Beckenwand, so dass er vollständig eingekeilt war, ähnlich lagen die Verhältnisse bei dem vierten Fall. Stets gelang es leicht, die Verwachsungen zu durchtrennen; bei Entlassung der Kranken zeigte sich in allen Eällen der Uterus in richtiger Lage und beweglich, die Anschwellung in den Parametrien war geschwunden.

Lee hat ebenfalls günstige Resultate mit der Methode erzielt, während Sims bei Durchtrennung der Adhäsionen unangenehme Blutungen erlebt, auch den Uterus durch das Drainagerohr nicht in der richtigen Lage fixiren konnte.

Nilsen berichtet über einen Fall von Schwangerschaft bei fast vollständigem Verschluss der Scheide. Nur eine feine Sonde konnte durch die Öffnung der Verschlussmembran eindringen.

Sitzung am 3. Mai 1887.

Mundé berichtet über einen Fall von Ovariotomie wegen 2 Dermoidcysten bei einer Schwangeren im 5. Monat. Die Operation war sehr schwierig und langdauernd wegen ausgedehnter Verwachsungen. Nach 4 Tagen abortirte die Kranke, welche anhaltendes Erbrechen gehabt hatte.

Lee: Oophorektomie wegen Hysteromanie. Es bestand neben allen möglichen uterinen Symptomen hochgradige Melancholie und Aphasie. Das direkte Resultat war sehr gut. Weiter berichtet derselbe über einen Fall, welcher die Ansicht Tait's, dass in allen Fällen beide Eierstöcke entfernt werden sollte, bestätigt. L. hatte vor einiger Zeit das eine Ovarium exstirpirt, bald traten in dem zweiten gesunden dieselben Erscheinungen auf, so dass eine zweite Laparotomie nothwendig war.

Dawson zeigt ein Cystofibrom von 27 Pfund Gewicht, welches er vor einigen Tagen entfernt hatte. Wegen der Größe der Geschwulst war die Unterbindung der Gefäße vor Trennung unmöglich, daher starker Blutverlust. Tod nach 36 Stunden unter Nierenerscheinungen.

Emmerson über Cervixrisse in geburtshilflicher Beziehung. Entgegen der ursprünglichen Meinung hat längere Beobachtung gezeigt, dass Cervixrisse nicht so sehr bei raschen, sondern viel mehr bei langdauernden Geburten vorkommen. Als Ursachen sind zu frühes Anlegen der Zange, Versuche der Digitaldilatation, wie sie leider an der Tagesordnung sind, und von vielen sonst tüchtigen Praktikern empfohlen werden und der Missbrauch des Ergotins zu beschuldigen, welcher letztere noch traurige Verbreitung hat, so viel auch dagegen geschrieben und gesprochen worden ist. Hierin liegt wohl die Hauptursache, warum Cervixrisse und ihre Behandlung in den Vereinigten Staaten eine viel größere Bedeutung habe als bei uns. Alle Hebammen führen Secale mit sich, sehr viele Ärzte haben die Gewohnheit, in jedem Falle Secale zu geben.

In der Diskussion bemerkt Wylie, dass Gewicht auf den Zustand des Cervix vor Beginn der Geburt zu legen sei. Erkrankungen derselben, seiner Follikel etc. prädisponire sehr zu Zerreißungen.

Partridge betont die Nothwendigkeit, hohe Zange nur möglichst selten anzulegen, überhaupt mehr abzuwarten. Unzweifelhaft sei seit dem häufigeren Gebrauch des Forceps die Zahl der Einrisse gestiegen, wie die Zahl der Blasenscheidenfisteln abgenommen habe.

Sitzung am 17. Mai 1887.

Freeman zeigt einen mit Fibroiden dursetzten Uterus vor im Gewichte von 9 Pfund, welchen er vor einigen Wochen entfernt hatte. Die Operation war sehr schwierig wegen zahlreicher Adhäsionen, welche in Folge wiederholter Punktionen entstanden waren.

Mc E. Emmet demonstrirt das Präparat der Genitalorgane und Blase einer Frau, bei welcher wegen Dysurie und Urinretention die Emmet'sche Knopflochoperation und dann die Kolpo-Cystotomie ohne Erfolg gemacht worden war, und bei welcher später wegen Ovarialschmerzen die Uterusanhänge entfernt worden waren. Die Kranke ging an Nachblutung aus den breiten Mutterbändern zu Grunde. Die Blasenschleimhaut zeigte sich stark verdickt.

Lee macht auf die Häufigkeit von Blasenerscheinungen bei Erkrankungen der Eierstöcke aufmerksam. Genaue Untersuchung in der Narkose schützt vor Irrthum und mache manche Blasenoperation überflüssig.

Mc E. Emmet: Über Induration des Cervix in Folge von Cervixriss und die Art der Operation. E. wirft die Frage auf, ob bei starker Induration des Gewebes es genügt, die gewöhnliche Operation vorzunehmen, oder ob es nicht besser sei, die Amputatio colli an die Stelle zu setzen. E. spricht sich für letztere aus, weil das Gewebe wenig Tendenz zur Heilung habe und prima intentio schwer zu erreichen sei. Daher die große Anzahl von Misserfolgen. Nur müsse die Amputation in richtiger Weise ausgeführt werden, galvanische Schlinge oder Ekraseur seien ganz zu verwerfen wegen der Gefahr der Stenose des Cervikalkanales.

Engelmann (Kreuznach).

11) **M. Cameron** (Glasgow). Über Retroflexio uteri.

(Glasgow med. journ. 1887. Juni.)

Aus der eben so langen als nichtssagenden Arbeit mag nur der eine Fall angeführt sein, wo eine Retroflexion, durch eine strangförmige Adhäsion des Cervix nach vorn bedingt, durch Spaltung derselben berichtigt wurde. Die Heilung wird wohl eine dauernde gewesen sein, denn der Fundus »schnappte« dabei förmlich nach vorn.

Zeiss (Erfurt).

12) **Skene Keith** (Edinburg). Entfernung der erkrankten Uterusanhänge, mit 23 Fällen.

(Edinb. med. journ. 1887. März.)

Die klinischen Erscheinungen müssen, wenn sie zur Operation berechtigen sollen, stets eine gut diagnosticirte pathologisch-anatomische Grundlage haben: 1) kleincystische Degeneration der intraligamentär gelegenen Ovarien (die Operation dürfte hier keinesfalls unter den Begriff der Ovariotomie fallen); 2) Salpingitis, Hydro-, Pyo- und Hämatosalpinx, mit Beschwerden, für die keine andere Entstehungsursache nachgewiesen werden kann; 3) Einpackung der verklebten Uterusanhänge tief auf dem Beckenboden; 4) Kombination dieser 3 Zustände mit variköser Dilatation der Gefäße in den breiten Ligamenten, ein Zustand, der außerordentlich häufig ist. Wegen bloßer Neuralgie hält Verf. die Operation keinesfalls gerechtfertigt.

Außerdem hält Verf. auf Grund seiner Erfahrungen für gut, hervorzuheben, dass Auftreten der Erkrankung, direkt nach der Verheirathung, besondere Geduld und Ausdauer in der lokalen, nicht operativen Behandlung erfordere; diese und lange Abstinenz machten öfters noch eine übrigens indicirte Operation unnöthig. (Es erscheint auffällig, dass K. weder an dieser Stelle, noch sonst in seiner Arbeit, auch nicht im kasuistischen Theil derselben auf die Beziehungen der Tripperinfektion zu diesen Erkrankungen eingeht. Ref.)

In 18 von den operirten 23 Fällen (78%) erzielte er vollkommene Heilung,

d. h. Beseitigung der Beschwerden, in zweien (ziemlich 9%) gar keine Besserung; in einem der drei übrigbleibenden entstand einige Wochen p. op. eine große Hämatocele um den zurückgelassenen Rest des einen Ovariums; derselbe wurde durch eine zweite Operation entfernt. Exitus trat in keinem der 23 Fälle ein.

In 16 der Fälle schloss sich die Erkrankung an Geburt oder Abort an. Menstruation blieb in allen Fällen, wo die Ovarien vollkommen entfernt wurden, später aus; nur in 9 Fällen bestanden vor der Operation profuse Blutungen.

Zeiss (Erfurt).

13) **Guillet** (Paris). **Cyste der linken Tube, durch Adhäsionen im Becken fixirt; Druck auf Blase und linken Ureter; Cystitis und aufsteigende Ureteropyelitis; Tod; Autopsie.**

(Gaz. méd. 1887. Oktober 1.)

Die 34jährige Kranke (1 Abort vor 3 Jahren) hatte schon längere Zeit über Schmerzen im Unterleibe und Urinbeschwerden zu klagen. Vor 8 Tagen trat ihr unter heftigsten Schmerzen eine Geschwulst aus den Genitalien heraus, mit Retentio urinae. Folgender Befund ist zu konstatiren: Blase bis zum Nabel; Katheterisation unter peinlichster Antisepsis, mit nachfolgender Injektion von Borsäurelösung. Aus der Vulva treten Rectum und Blase in Hernienform hervor. Uterus beweglich, etwas hochstehend, im Douglas eine undeutlich abzugrenzende, mäßig resistente, schmerzhafte Geschwulst. Der Verlauf des linken Ureters und die Stelle der linken Niere ist empfindlich. Allgemeinzustand sehr schlecht, Fieber: Chinin, Sinapismen und Exitus 8 Tage nach Eintritt in Behandlung, ohne dass man sich über eine Diagnose betreffs der Zustände im kleinen Becken hätte klar werden können. Bei der Autopsie findet man, etwas seitlich liegend, eine 2faustgroße Cyste der linken Tube, welche durch Adhäsionen unten im kleinen Becken fixirt wurde. Nach Lösung derselben tritt die Cyste hoch ins Becken. Diese erwies sich als einfache Hydrosalpinx. Blase enorm dilatirt, jauchige Cystitis, Ureteritis, Pyelitis. Verf. glaubt, der schlechte Allgemeinzustand der Pat. und die Unsicherheit der Diagnose rechtfertigten das Abstandnehmen von operativem Vorgehen.

Zeiss (Erfurt).

14) **Hofmokl** (Wien). **Zur palliativen Incision bei Peritonitis tuberculosa.**

(Wiener med. Wochenschrift 1887. No. 16.)

K. B., 17 Jahre alt, aus gesunder Familie, mit 15 Jahren menstruirt. 8 Monate vor dem Eintritte ins Spital cessirten plötzlich die Menses und kehrten erst in letzter Zeit spärlich und mehr wässerig wieder. Seit 8 Monaten stetige Zunahme des Bauchumfanges. Kein Husten.

Die Untersuchung ergiebt keinen abnormen Befund in Lungen und Herz. Abdomen stark aufgetrieben und gespannt. Nabelumfang 90 cm. Linke Abdominalhälfte größer wie die rechte. Kein frei beweglicher Tumor. In den abhängigen Partien nur links vollständige Dämpfung, ohne wesentliche Änderung bei Lagewechsel. Uterus beweglich, virginal.

Durch Punktion werden 6 Liter einer zähen, bräunlichen, alkalischen Flüssigkeit entleert. Dieselbe enthält rothe und weiße Blutzellen und zeigt einen starken Gerinnungsniederschlag bei Zusatz von Essigsäure und beim Kochen. Nach der Punktion bleibt in der Mittellinie eine kindsfaustgroße, derbe, höckerige, bewegliche, nicht schmerzhafte Geschwulst. Die Diagnose lautete nun mit Wahrscheinlichkeit Tuberkulose. 8 Tage nach der Punktion wurde durch die Laparotomie das Transsudat vollständig entfernt. Das Peritoneum war mit mohnkorn- bis bohnengroßen tuberkulösen Knötchen (bakteriologische Untersuchung) besetzt. Wundverlauf normal. 6 Monate später starb die Kranke, ohne dass das Transsudat die frühere Höhe erreichte, an chronischer Tuberkulose der Lungen, des Peritoneums und des Darmes. Der nach der Punktion durchgefühlte Tumor war eine tuberkulös entartete, mit den Därmen verwachsene Netzpartie.

Felsenreich (Wien).

15) **v. Herff** (Darmstadt). Zur Behandlung der Harnröhrenscheidenfisteln.

(Frauenarzt 1887. Hft. 1.)

v. H. beschreibt ein Operationsverfahren zum Schluss von Harnröhrenscheidenfisteln, welches er mit Erfolg bei einem Fall, den er zuvor resultatlos nach Simon operirt hatte, angewandt. Es besteht in der Verdoppelung der Wundränder durch Spaltung in dem Raum zwischen Harnröhre und Scheide mit nachfolgender Vereinigung jeder der beiden Lamellen durch die Knopfnaht, zu welcher, wenn nöthig, noch die intermediäre Plattennaht Krönlein's hinzugefügt werden kann.

v. H. rühmt dieser Operationsmethode folgende Vortheile nach:

1) Es wird nur unumgänglich nothwendig zu entfernendes Gewebe — Narbe — geopfert, ein Umstand, welcher ja gerade bei Harnröhrenscheidenfisteln von großer Wichtigkeit sein kann;

2) es lassen sich leicht hinreichend breite Wundflächen erzielen — das wichtigste Erfordernis zur Schließung solcher Fisteln;

3) die verschiedenen Gewebstheile — nämlich die Scheiden- und Harnröhrenwand — werden ihren natürlichen Spannungsverhältnissen entsprechend mit einander vereinigt;

4) bei längeren Narbenzügen in der Scheide, welche sich nicht ausschneiden lassen, ist man durch die Rücksichtnahme auf die Harnröhre nicht beengt, die Nahtlinie so zu legen, dass nirgends Narbe auf Narbe stößt, womit eine sehr wichtige Bedingung der Plastik erfüllt wird;

5) da die Narbe der Länge nach in der Harnröhre zu liegen kommt, so kann eine nachträgliche Verengerung derselben nicht entstehen;

6) endlich entschlägt man sich — weil ein Gewebsverlust bei diesem Verfahren nicht entsteht — nicht der Möglichkeit, jederzeit zu der Lappenmethode überzugehen. **Graefe** (Halle a/S.).

16) **O. Engström** (Helsingfors). Zur operativen Behandlung der Dilatation und Erschlaffung der weiblichen Harnröhre.

(Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 40.)

E. hat einen Fall von Harninkontinenz in Folge hochgradiger Dilatation der Urethra nach Frank (cf. dieses Blatt 1882 No. 9) mit dem Erfolg operirt, dass Pat. den Urin beim Gehen und Stehen 3—4 Stunden, beim Liegen 4 Stunden halten konnte. Bei zwei weiteren Fällen wandte er das Frank'sche Verfahren, bei welchem ein Keil aus der hinteren Harnröhrenwand (incl. Schleimhaut) geschnitten wird, mit einer kleinen Modifikation an. Diese bezweckte einer Verschlimmerung der Inkontinenz, beruhend auf einer aus irgend welchen Ursachen nicht eintretenden Prima intentio vorzubeugen. Statt der keilförmigen Excision durch das ganze Septum urethro-vaginale machte E. nur eine solche bis an die Harnröhrenschleimhaut. Bei dieser Operationsmethode rechnete er, auch wenn prima intentio nicht eintrat, doch auf Heilung der Inkontinenz, weil auch per granulationem eine Verengerung der Harnröhre eintreten müsste. Der Erfolg bestätigte seine Voraussetzung. In einem Fall blieb die prima reunio wirklich aus. Trotzdem konnte Pat. sehr wesentlich gebessert entlassen werden. Bei der anderen Kranken heilte die Wunde per primam. Auch hier war das Resultat der Operation ein durchaus zufriedenstellendes. **Graefe** (Halle a/S.).

17) **A. Hirsch** (Hannover). Über subkutane Antipyrininjektionen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 46.)

H. hat sich der subkutanen Antipyrininjektionen bei 12 Fällen verschiedener Neuralgien und rheumatischer Schmerzen mit überraschendem Erfolg bedient. Meist schwanden die Beschwerden schon nach wenigen Minuten vollständig und kehrten sogar nicht wieder (doch scheinen seit Vornahme der Injektionen erst wenige Tage vergangen zu sein, Ref.).

H. bedient sich einer 50%igen Lösung (Antipyrin und Aq. destill. āā), injicirt davon eine volle Spritze in die am meisten schmerzhafte Stelle und zwar ins sub-

kutane Zellgewebe. Der Injektionsschmerz soll äußerst gering sein und nur wenige Sekunden andauern. Sofort nach der Injektion muss die Spritze nochmals mit 5%iger Karbollösung (bis keine weiße Trübung der letzteren mehr eintritt) ausgespritzt werden, weil sonst sehr schnell Antipyrinkrystalle die Kanüle verstopfen.

Graefe (Halle a/S.).

18) **E. Blanc** (Lyon). Einwirkung des Ergotin auf die Involution des Uterus.

(Lyon méd. 1887. August 7.)

B. hat an 100 spontan entbundenen Frauen, denen nach der Geburt zum Theil 5, zum Theil 10 Tage lang, zum Theil gar kein Ergotin gegeben wurde, tägliche genaue Messungen des Uterus angestellt, und dabei festgestellt, dass Ergotingebrauch die Involution nicht beschleunigt. **Zeiss** (Erfurt).

19) **O. Penfold** (Sandhurst, Australien). Ein Fall von Drillingen.

(Austral. med. journ. 1887. Juni 15.)

Xpara; letztes Kind vor 3 Jahren, seitdem 2 Aborte. Jetzt: erstes in Schädellage, zweites ebenfalls, 4 Stunden später; 12 Minuten später das dritte; sämmtlich weiblichen Geschlechts; alle völlig reif und munter. 2 Placenten, mit einer Cyste in den Membranen zwischen sich. **Zeiss** (Erfurt).

20) **L. Kleinwächter.** Neunzig Fälle von Ein-Kind-Sterilität.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. VIII.)

Die Ein-Kind-Sterilität ist kein seltenes Ereignis. Unter 1081 gynäkologischen Fällen fand sie K. 90mal. Von diesen 90 Fällen betrafen 69 solche, in denen rechtzeitige Geburten, 21 solche, in denen Frühgeburten oder Aborte stattgefunden hatten.

Nach den Erkrankungen, welche mit Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit als Ursachen der Ein-Kind-Sterilität betrachtet werden müssen, theilt K. seine Fälle in folgende 10 Gruppen ein, welche hier gleich nach den Frequenzprocenten aufgezählt sind: 1) Folgezustände entzündlicher Processe, ausgehend von einer puerperalen Erkrankung; 2) Endometritis catarrhalis; 3) Folgezustände entzündlicher Processe außer Zusammenhang mit einer puerperalen Erkrankung; 4) Dislokation des Uterus; 5) Neoplasmen des Uterus; 6) konstitutionelle Sterilitätsursachen; 7) sexuelle Schwäche des Mannes; 8) Atrophia uteri; 9) Neoplasmen der Ovarien; 10) unbekannte Ursachen.

Aus dieser Zusammenstellung ergiebt sich, dass nahezu in der Hälfte der Fälle (43) der ersten und einzigen Geburt entzündliche Vorgänge im Uterus, in seinen Adnexen so wie in deren nächster Nachbarschaft folgten. Das nächst hohe Frequenzprocent zeigen die Dislokationen des Uterus und die Neoplasmen der inneren Genitalien (19).

Des Weiteren scheidet K. sein Material in zwei große Reihen, deren eine alle Fälle umfasst, in welchen sich die Sterilitätsursache mit voller oder annähernder Sicherheit angeben lässt, die zweite diejenigen, bei denen man es mit größerer oder geringerer Wahrscheinlichkeit dahingestellt sein lassen muss, ob die erhobenen Befunde wirklich die Konception verhindert haben. Zu der ersten rechnet er Gruppe I, III, V, VI, VII, VIII, IX, zu der zweiten Gruppe II und IV. Dislokationen des Uterus und Katarrhe desselben können zwar Sterilitätsursachen sein, sind aber, wenn unkomplicirt, keineswegs immer als solche anzusehen. Nach K.'s Erfahrungen kommt für diese Fälle noch ein anderer Faktor in Betracht, auf welchen auch Kisch in seinem Werke »Über die Sterilität des Weibes« hinweist, mangelhafte Potenz des Mannes, welche zu einer totalen Erschlaffung der weiblichen Genitalien führen soll. In 7 Fällen ergab sich als Sterilitätsursache mit Sicherheit sexuelle Schwäche des Mannes.

Die Prognose bezüglich der Behebung der Ein-Kind-Sterilität stellt K. in so fern nicht allzu ungünstig, als nicht ausreichende sexuelle Funktionsfähigkeit der Ehegatten einen häufigen Sterilisationsfaktor abzugeben scheint, der Ersatz des

sexuell schwachen Gatten durch einen sexuell kräftigeren anderen daher bei nicht wenigen Frauen zur Konception führen würde.

Für fettleibige chlorotische Weiber und solche, welche an unkomplicirter Atrophie leiden, ist die Prognose nicht absolut ungünstig zu stellen. Bei jenen kann eine Beseitigung der Fettleibigkeit und Verbesserung der Blutmischung, bei diesen eine länger dauernde intra-uterine elektrische Behandlung die Konceptionsfähigkeit wieder herstellen.

Über das Resultat der Behandlung der übrigen Gruppen quoad Konception kann K. keine Mittheilungen machen, da die Pat. nach Beseitigung ihrer Leiden sich ihm nicht wieder vorgestellt haben. **Graefe** (Halle a/S.).

21) **A. Alsberg** (Hamburg). Maligne Geschwulst der rechten Niere bei einem fünfjährigen Kinde, Exstirpation, Heilung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1887. No. 40.)

Ein 5jähriges Mädchen entleerte plötzlich blutigen Urin. Eine Ursache war nicht zu finden. Palpation der Nieren ergab ein negatives Resultat. Nach $^1/_4$ Jahr fing das Kind an abzumagern. Ein Tumor zwischen Rippenbogen und Spina ant. sup. dextra wurde konstatirt. Die Diagnose einer malignen Nierengeschwulst sicherte die Punktion. Die mikroskopische Untersuchung der aspirirten Gewebselemente ergab dichtgedrängte, stark granulirte Rundzellen.

Operation mittels v. Bergmann'schen Lateralschnittes. Enucleation des Tumors gelang ohne große Schwierigkeiten. Heilung der Wundhöhle unter mäßiger Eiterung.

In einer Nachschrift theilt der Verf. mit, dass das Kind 11 Wochen post operat. an einem lokalen Recidiv und ausgedehnten Metastasen in der Leber und Lunge zu Grunde gegangen ist. **Graefe** (Halle a/S.).

22) **François Simson** (London). Erfolgreiche Behandlung von Pruritus vulvae.

(Lancet 1887. September 10. p. 520.)

In einem Falle von Pruritus vulvae bei Diabetes, in welchem das Jucken trotz Besserwerden der Diabetes eine unerträgliche Höhe erreicht hatte, so dass die Kranke Nachts wohl 10mal das Bett verließ, um durch kalte Sitzbäder vorübergehende Milderung ihrer Beschwerden zu erzielen, wandte S., nachdem er alle gebräuchlichen Mittel versucht hatte, eine Salbe von Cocain (1 auf 20 Lanolin) nebst Waschungen von Solut. Hydrargyri nitric. an. Nach kurzer Zeit war vollständige Heilung erzielt. **Engelmann** (Kreuznach).

23) **Le Four.** Durchtrennung der Wirbelsäule mit einer Metallschlinge.

(Bull. génér. de thérapeutique 1887. No. 10.)

Nachdem Verf. die gangbarsten Methoden der Durchtrennung der Wirbelsäule, mit der Schere, Spondylotomie, Zersägung mit dem Bindfaden und die Dekapitation mit dem Haken, so wie deren Mängel durchgesprochen, geht er an die Schilderung seiner Methode mit der Metallschlinge. Das Princip ist schon von Wright längst angegeben; das von le F. angegebene Instrument zur Anlegung der Schlinge mag neu sein.

Er empfiehlt es zur einfachen Dekapitation, zur Dekapitation mit Durchtrennung der Schulter und zur Durchschneidung des Thorax.

In 4 Fällen, in welchen Verf. seine Methode angewendet hat, ist er mit derselben zufrieden gewesen. **Menzel** (Görlitz).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 18. Sonnabend, den 5. Mai. 1888.

Erfahrungen über Breisky's Eipessarien.

Von

Dr. **Ernst Fränkel** in Breslau.

Im Jahre 1884 wurden von Breisky (Prager med. Wochenschrift 1884. No. 33) als das zweckmäßigste Mittel zur palliativen Behandlung des Gebärmutter- und Scheidenvorfalles alter Frauen die von ihm sog. Eipessarien aus Hartgummi empfohlen. Dieselben erfüllen nach Breisky am vollkommensten die an ein wirksames Scheidenpessar zu stellende Forderung einer möglichst schonenden derartigen Ausspannung der Vagina, dass dieselbe am Diaphragma pelvis eine Stütze findet und am Herabtreten gehindert wird. Dabei soll bei der Ei- oder Kugelform des Pessars der Druck auf Blase und Mastdarm nicht stärker sein, als bei irgend einer anderen; das Rauhwerden sollte durch Anwendung des Hartgummi vermieden und die Schwierigkeit des Herausnehmens durch eine gleichfalls von Breisky angegebene stählerne oder Drahtzange nach Art der Geburtszange behoben werden. Seit dieser Publikation Breisky's sind 4 Jahre vergangen, ohne dass weitere Mittheilungen von ihm oder von anderer Seite über die Zweckmäßigkeit seiner Methode erfolgt wären. Fritsch (Handb. der Frauenkrankheiten von Billroth, 2. Aufl. 1885. Bd. I. p. 859) wiederholt einfach den Breisky'schen Vorschlag, fügt aber hinzu, dass ihm specielle Erfahrungen über die Eipessarien noch fehlen.

Ich habe nun in den letzten Jahren mehrfach Gelegenheit genommen, bei mit Prolaps behafteten Frauen der postklimakterischen Zeit, die sich einer operativen

Hilfe nicht unterziehen konnten oder wollten, die Breisky'schen Ei- und in den größeren Nummern Kugelpessarien (von Waldek u. Wagner in Prag bezogen) anzuwenden und mich hierbei ganz an seine, übrigens auch bei allen anderen Pessarformen von mir stets beobachtete Vorschrift gehalten, dieselben mindestens jedes $^1/_4$ bis $^1/_2$ Jahr zu entfernen und eventuell durch eine kleinere Nummer zu ersetzen. Oft bedurfte ich zur Entfernung nicht einmal der Breisky'schen Zange, sondern es genügte die Einführung von einem oder zwei Fingern in das Rectum, um von da aus die Kugel im Vaginalrohr hinab- und aus der Vulva herauszudrücken. Ich muss auch konstatiren, dass eine ganze Anzahl älterer Frauen mit der Wirkung der Eipessare recht zufrieden waren, über keinerlei Druckerscheinungen seitens der Blase oder des Mastdarmes zu klagen hatten und höchstens, wenn sie das Pessar ein halbes Jahr oder etwas länger getragen hatten, durch ein Gefühl von Hitze und Brennen in den Genitalien daran gemahnt wurden, einen Wechsel des Instrumentes vornehmen zu lassen. Es zeigte sich alsdann gewöhnlich, dass — entgegen der Annahme Breisky's — auch der Hartgummi unter dem Einflusse der Vaginalsekrete rauh geworden war und eine mehr oder weniger ausgedehnte Kolpitis erzeugt hatte. Bei 4 älteren (zwischen 54 bis 71 Jahren) Frauen aber, die, entgegen meinen Weisungen, nicht nach spätestens einem halben Jahre zur Kontrolle und zum Wechsel des Pessars sich eingestellt, sondern 2 Jahre und darüber gewartet hatten, traten sehr unangenehme Folgeerscheinungen auf. Es war bei diesen Frauen, wie bei allen anderen, bei der Auswahl der Pessare der Grundsatz befolgt worden, die kleinstmögliche, zur Retention des Prolapses gerade genügende Nummer auszuwählen und jede stärkere Gewaltanwendung oder Hineinpressen des Eipessars in die Vagina zu vermeiden. Es erwies sich schon diese richtige Auswahl der passenden Nummer als nicht ganz leicht: kleinere Nummern werden, zumal bei vorhandenen Defekten des Beckenbodens und Dammes durch jede stärkere Aktion der Bauchpresse der Kranken wieder herausgepresst, größere sind nicht ohne Anwendung mäßigen Druckes einzuführen und rufen dann leicht Kompressionserscheinungen hervor. Aber trotzdem, wie gesagt, dieses Dilemma durch sorgfältiges Ausprobiren möglichst vermieden wurde und trotzdem die Frauen ihre Pessare 2—3 Jahre lang zu ihrer Zufriedenheit getragen hatten, zeigte sich jetzt, wo durch die geschilderten Symptome von Brennen und Druck im Unterleibe die Entfernung der Eipessare sich als nothwendig erwies, dieselbe mit großen Schwierigkeiten verknüpft. Es hatte sich nämlich durch die senile Schrumpfung der Scheide dieselbe erheblich verkürzt und verengt, so dass es weder mit den Fingern vom Mastdarm aus, noch mit der Breisky'schen Zange zunächst möglich war, das Instrument zu entfernen. Erst in der Chloroformnarkose und unter erheblichem Kraftaufwande gelang es, die Hartkautschukkugeln zu entwickeln, hierbei kam es zweimal zu ziemlich tiefen V-förmigen Einrissen des verengten und spröden Scheidenrohres; in 2 anderen Fällen mussten tiefe Discisionen des Dammes gemacht werden, die dennoch vor gleichzeitigen Scheidenrissen nicht schützten. In allen diesen Fällen war die nachträgliche Naht nöthig, die allerdings zur prima intentio führte, aber die Frauen doch zwang, 10—14 Tage das Bett zu hüten. Die entfernten Pessarien waren sämmtlich rauh und stellenweise inkrustirt; es bestand Kolpitis und es war hinter den Pessarien eine gewisse Menge zersetzten Vaginalsekretes zurückgehalten. In einem Fall bedurfte die 71jährige Frau sehr langer Zeit und sehr sorgfältiger Pflege, ehe sie sich von der schweren Zangenentbindung erholte.

Aus diesen Erfahrungen dürfte wohl zu folgern sein, dass mit Rücksicht auf die durch die senile Involution bedingte Schrumpfung, Verengerung und Verkürzung der Vagina die Breisky'schen Eipessarien nur mit Vorsicht und eher in einer zu kleinen als für den Augenblick wohl gerade passenden, später aber bei geschrumpfter Vagina zu großer, zur Einkeilung führenden Nummer angewandt werden müssen und überhaupt nur bei solchen Frauen applicirt werden sollten, deren pünktlichen Wiedererscheinens oder leichter Kontrolle der Arzt sich versichert halten kann. Ich habe mich in der letzten Zeit vor dem Eintritt derartiger übler Folgezustände

dadurch zu schützen gesucht, dass ich nur die kleinsten Breisky'schen Nummern, die von den Frauen gerade noch herausgepresst werden konnten, anwandte, zu deren Retention aber eine Credé'sche T-Binde hinzufügte. Auf diese Weise konnten die Frauen das Eipessar selbst leicht herausnehmen und dies so wie die Vagina reinigen, lernten auch sehr bald sich dasselbe selbst wieder einzuführen. Es schien mir dies für die Frauen bequemer, als die von Breisky für solche Fälle, wo ein sich selbst haltendes Pessar absolut unmöglich ist, empfohlene Hartgummibirne mit elastischem Stiel, die in eine T-Bandage eingefügt wird. Vielleicht lässt sich statt der Credé'schen T-Binde mit Vortheil das in diesem Centralblatt (1888 No. 12) empfohlene Großmann'sche hygienische Beinkleid mit Pelotte zur Fixation des Eipessars verwenden.

---

1) **Kohlschütter.** Veränderungen des allgemeinen Körpergewichts durch Krankheiten.

(Sammlung klin. Vorträge No. 303.)

Die Wägungen bei Typhus und Tuberkulose führen zu folgenden Schlüssen.

1) Das Körpergewicht der Typhösen nimmt ab nach einer bestimmten Regel.

2) Die Abnahme erfolgt Anfangs rascher, dann mit jeder Woche langsamer, bis zur vollständigen Entfieberung.

3) Als Ursache der Abnahme hat man die vermehrte Verbrennung des Körpermaterials, nicht etwa nur den Mangel an Zufuhr anzusehen.

4) Wahrscheinlich erstreckt sich die Abnahme des Gewichts gleichmäßig auf alle Komponenten der Körpersubstanz, jedenfalls werden sie, wenn ungleichmäßig, nach bestimmter Regel verbraucht.

5) Der Wiederansatz der verbrauchten Körpersubstanz erfolgt langsamer als der Verbrauch nach bestimmter, aber anderer Regel als dieser.

Bei der Tuberkulose scheint die Gewichtszu- und -Abnahme vollständig willkürlich stattzufinden, aber gerade in dieser Willkürlichkeit liegt eine gewisse Regel. Sie ist bedingt durch Infiltrationen und dann wieder Kavernen in der Lunge, durch Anasarka, das wiederum durch Diarrhoen ausgeschieden wird und durch fieberhafte Epochen, die wieder mit fieberfreien abwechseln.

Glitsch (Königsfeld, Baden).

---

2) **Glax.** Über die Neurosen des Magens.

(Klinische Zeit- und Streitfragen Bd. I. Hft. 6.)

G. theilt die Magenneurosen ein in Motilitäts-, Sensibilitäts- und Sekretionsneurosen.

Unter den Motilitätsneurosen begreift er als I. Gruppe Reizungsformen und Hyperkinesien, die sich folgendermaßen eintheilen:

1) Die peristaltische und antiperistaltische Unruhe des Magens.

2) Die hyperkinetische Form des nervösen Aufstoßens. Hierzu sind zu rechnen die willkürlichen Ructus der Hysterischen.

3) Das nervöse Erbrechen, umfassend die cerebralen und spinalen Attacken und das Erbrechen der Neurastheniker und Hysterischen.

4) Die gastrischen Krampfformen. Hierzu rechnet er eine krampfhafte Zusammenziehung der Cardia, bei welchen die verschluckte Nahrung nicht in den Magen gelangen kann.

Als II. Gruppe sind die Depressionsformen oder Hyperkinesien erwähnt. Hierher gehören:

1) Die Atonie des Magens, die ganz verschieden ist von den Atonien, die durch eine Degeneration der Magenmuskulatur bedingt sind.

2) Die Insufficienz der Cardia.

3) Die Insufficienz des Pylorus, bei der ebenfalls eine jede anatomische Störung fehlt.

Unter den Sensibilitätsneurosen begreift er:

1) Die Cardialgie. Der nervöse Magenkrampf, der zu seinem Ursprung niemals ein Geschwür hat, und vorzugsweise bei dem weiblichen Geschlecht auf hysterischer Grundlage vorkommt.

2) Die Veränderungen der physiologischen Gemeingefühle: Hunger und Sättigung.

Endlich kommen noch die Sekretionsneurosen, die er eintheilt in:

1) Reizungsformen, bei denen eine Vermehrung der Magenflüssigkeit zu Grunde liegt.

2) Depressionsformen, die eine Verminderung derselben bedingen.

Alle diese Magenerkrankungen betreffen vorzugsweise Hysterische, Neurastheniker, psychisch Angegriffene oder sind die Symptome von cerebralen und spinalen Leiden. Daher besteht auch die Behandlung vorzugsweise in Elektricität, Prießnitz'schen Einwicklungen und in psychischer Einwirkung. **Glitsch** (Königsfeld, Baden).

---

3) **Ferdy.** Die künstliche Beschränkung der Kinderzahl als sittliche Pflicht.

Neuwied, **Heuser's** Verlag, 1888.

Seit 100 Jahren etwa hat man versucht, die Übervölkerungsfrage auf praktischem Wege durch die künstliche Beschränkung der Kinderzahl zu lösen. Der Erste war ein englischer Geistlicher Thomas Robert Malthus, der im Jahr 1798 dieser Frage eine Anregung gab. Er befürwortete die Heirath im späteren Alter, wo die natürliche Fruchtbarkeit der Frau erschöpft sei und außerdem »die moralische Enthaltung«. Dass dies keinen Erfolg haben konnte, war klar. James Mill und Francis Place gingen im Jahr 1820 mit rücksichtsloser Offenheit vor, aber erst 1877 gelang es Charles Bradlaugh und Annie Besant der Sache einen praktischen Hintergrund zu geben. Sie, die Neo-Malthusianer, verlangten allgemein obligatorisch frühzeitigen Eheschluss und empfahlen gleichzeitig in der Ehe den präventiven Sexualverkehr. Die von ihnen hervorgerufene Bewegung breitete sich über England und Holland aus.

In Frankreich ist etwa seit 80 Jahren das Präventivsystem allgemein verbreitet und hat seine allerdings schlimme Wirkung durch Entvölkerung schon zu zeigen begonnen. F. nun, kann weder die in England noch Frankreich angewendeten Mittel billigen und versteht unter Malthusianismus, wie er ihn für Deutschland empfiehlt, »die vorbedachte Beschränkung der Kinderzahl einer Familie mit Hilfe künstlicher Mittel, welche nicht auf den Egoismus, sondern auf eine Vernunftforderung sich bezieht«. Dafür soll unter dem deutschen Volk Propaganda gemacht werden, indem Vorträge gehalten werden sollen, welche die Kenntnisse zweckmäßiger Methoden des Präventivverkehrs in weiten Kreisen des Volks und vorzüglich in den untersten Volksschichten verbreiten. Darin beantragt er die Verpflichtung zu einem frühzeitigen Eheschluss (etwa im 27.—28. Jahr) und die Beschränkung der Kinderzahl durch künstliche Mittel. Niemand ist berechtigt, eine größere Zahl von Kindern zu erzeugen, als er voraussichtlich selbst ernähren kann, außerdem sind die Wohlhabenden gegenüber dem Staat zur Erzeugung einer bestimmten Minimalzahl von Kindern verpflichtet und gegenüber den Unbemittelten nur zur Erzeugung einer bestimmten Maximalzahl berechtigt.« In diesem Satz gipfelt der Hauptzweck seiner Ausführung. Wie er sich mit der Philosophie und dem Christenthum abfindet, wie der Staat durch gesetzliche Bestimmungen die Sache später zu ordnen hat, das muss man im Buche selber nachlesen.

Glitsch (Königsfeld, Baden).

---

4) **W. Taylor** (Cincinnati). Einige Punkte in Bezug auf frühgeborene Kinder.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Oktober. p. 1022.)

Über die Behandlung frühgeborener Kinder findet sich wenig oder nichts in den Lehrbüchern der Geburtshilfe. T. will es daher unternehmen, einige wichtige anatomische und physiologische Eigenheiten und die krankhaften Verhältnisse, welche aus ihnen resultiren, näher zu betrachten.

Zunächst bespricht er die Symptome der Reife der Kinder. In dem Moskauer Findelhaus werden Kinder als unreif betrachtet, welche weniger als 2500 g wiegen und weniger als 45 cm Körperlänge haben. Issmer hat nachgewiesen, dass die Länge mehr Bedeutung hat, als das Gewicht. Tarnier hat sich eingehend mit der Pflege unreifer Neugeborener beschäftigt. Derselbe giebt unter Anderem die Temperatur des Zimmers mit 17—18° C. an, welche T. mit Recht als viel zu niedrig betrachtet. Hodge giebt an, dass das Kind nicht mit dem Löffel ernährt werden soll, das ist wohl richtig, aber meistens nicht zu erreichen, da das Kind häufig zu schwach ist, um die Brust zu nehmen, daher als einziges Mittel die Ernährung mit Muttermilch mittels des Löffels bleibt. Beachtenswerth ist der Vorschlag Wieder Nosa's, die Milch durch die Nasenlöcher in den

Pharynx einzubringen. Das Kind soll so selten wie möglich gebadet und dann nur für einen Augenblick in warmes Wasser eingetaucht werden, nie unbedeckt liegen, häufig die Lage wechseln, wiederholt zu tiefem Athmen durch Kitzeln der Fußsohlen etc. veranlasst werden.

Von großer Wichtigkeit ist es, mit der Abnabelung zu warten, bis die Pulsation im Nabelstrang aufgehört hat.

Aus der unvollkommenen Entwicklung resultiren mannigfache Neigungen zu Erkrankungen. Aus der mangelhaften Wärmebildung und verhältnismäßig starken Wärmeabgabe folgt, dass ernste krankhafte Processe ohne Temperaturerhöhung verlaufen können; so hat Soltmann nachgewiesen, dass Pneumonien ohne Temperatursteigerung und wegen Mangel des Reflexes ohne Husten verlaufen können. In Folge der schlechten Entwicklung der Muskeln wird die Athmung unvollständig sein, daher Neigung zu Atelectase und schlechter Oxydation des Blutes, erhöht durch Neigung zu Katarrhen. Der Vorschlag von Kjelsberg die Zimmerluft feucht zu erhalten, ist beachtenswerth.

Das Bedürfnis nach Nahrung ist ein geringes in Folge der beschränkten Vitalität, mehr als 3—4 Unzen auf einmal zu geben, nicht rathsam. Die Verdauungsapparate sind schwach, leicht zu Katarrhen geneigt, die Nieren zu Infarkten, die Haut zu Sklerose. In Folge der schwachen Cirkulation dauert die ikterische Färbung der Haut länger als bei normalen Früchten, die Retention von Galle im Blut bedingt Zerstörung der rothen Blutkörperchen und schlechte Ernährung der Gewebe. Die Trennung des Nabelstranges tritt viel später ein, als bei ausgetragenen Kindern. **Engelmann** (Kreuznach).

---

5) **J. Stuart Nairne** (Glasgow). Die Sectio caesarea.

(Edinb. med. journ. 1887. April.)

N. ist ein begeisterter Vertheidiger der Sectio caesarea. Er hatte 2mal lebende Kinder perforirt, einmal mit Verlust des mütterlichen Lebens und beschloss, dies nie wieder zu thun; im 3. Fall von großer Beckenverengung machte er die Sectio caesarea (alte Methode); Mutter starb; Kind blieb erhalten: vorher war die hohe Zange erfolglos versucht. Letzteres Instrument ist ihm der einzige berechtigte Konkurrent der Sectio caesarea. An phantastischem Schwulst der Diktion, an Gefühlsduselei ist hier das Menschenmögliche geleistet. Statistik, Grade der Beckenenge — was ist mir Hekuba? **Zeiss** (Erfurt).

Kasuistik.

6) Sitzungsbericht der St. Petersburger Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe vom 17. December 1887. Protokoll No. 17.

Vorsitzender: A. Krassowsky, Sekretär: J. Smolsky.

Dr. Filimonowa referirt über eine Vesico-uterin-Fistel, die von Prof. A. Lebedew operirt worden ist. Pat. hat ein allgemein verengtes, plattes rachitisches

Becken. Tr. 27, Cr. 25, Sp. 22, Conj. ext. 17½, C. diag. 10, vera 8,5, der Michaelis'sche Rhombus bildet ein Dreieck. Sie hat 12mal geboren, gewöhnlich leicht, bei der 11. Geburt erfolgte ein Riss des vorderen Scheidengewölbes, und das große Kind wurde gewendet und todt extrahirt. Die letzte Geburt, am 3. März 1887, war leicht, doch nach ihr stellte sich der Harnabfluss durch die Vagina ein; nur im Stehen kann etwas Harn gehalten werden. Die Fistel befindet sich in der vorderen Wand des Cervikalkanales, 1 cm oberhalb des unteren Randes der in der Mitte gespaltenen vorderen Lippe, mehr rechts. In Knie-Ellbogenlage gelang es, die Vaginalportion bis in den Scheideneingang herabzuziehen; ihre rechte Wand wurde gespalten, um das Operationsfeld zugänglicher zu machen, die Fistelränder angefrischt, worauf das Loch so groß war, dass ein Finger passirte. 4 quere Nähte aus Sublimatseide No. 10 wurden angelegt. Prima intentio. Später wurden auch noch die übrigen Verletzungen der Vaginalportion vernäht.

Dr. Ssalmanow, eine Kastration bei Fibromyomen des Uterus. Pat. ist 38 Jahre alt, steril; hat die Geschwülste seit 4 Jahren bemerkt, leidet seit längerer Zeit an profusen Menstruationen und äußerst quälenden Schmerzen. Der Uterus enthält mehrere suberöse und interstitielle Myome, eines derselben liegt langgestielt und sehr beweglich in der rechten Fossa iliaca. Bei der Operation wird dieser Tumor gleichzeitig mit dem dicht an ihm liegenden Ovarium und der Tube abgebunden und abgeschnitten, das Peritoneum über dem Stumpf vernäht. Der Tumor wiegt 249 g. Dann wurde das linke Ovarium aufgesucht und ebenfalls ligirt und abgeschnitten. Der Uterus wurde nicht weiter angerührt. Die Operation fand statt am 9. Oktober 1886.

Menstruationen sind noch eingetreten am 5. Januar 1887, Ende Februar, am 13. April und Anfangs Juni; Blutquantität und Schmerz nahmen successiv ab; seit dem Juni ist weder Menstruation noch Schmerz vorhanden und Pat. fühlt sich ganz gesund.

Dr. Ssolowjew referirt über eine von Prof. K. Slawiansky ausgeführte Porrooperation.

33jährige IVpara, alle Geburten schwer, Kinder todtgeboren. Nach der zweiten Geburt eine von Slawiansky vernähte Blasenscheidenfistel, die sich nach der 3. Geburt wieder bildete und nicht operirt worden ist. Beckenmaße: Tr. 27, Cr. 26, Sp. 22, Conj. ext. 16, diag. 10, vera 8, I. Schädellage, Kopf beweglich über dem Becken, trotzdem dass das Wasser schon Tags vorher abgegangen war; Temperatur 39, Puls 116, Respiration 36, stinkende Absonderung aus der Scheide; Kind lebensfrisch.

Die Anamnese und die bereits vorhandene Infektion ließen die Indikation auf Kaiserschnitt mit Exstirpation des Uterus stellen.

Die Operation verlief ohne Schwierigkeit mit Hilfe des elastischen Schlauches, der mit dem Stumpfe in die Bauchwunde eingenäht wurde. Das Kind, ein Mädchen von 2550 g, kam leicht asphyktisch, wurde sofort wiederbelebt. Verlauf reaktionslos; der Stumpf fiel am 21. Tage ab. Die mikroskopische Untersuchung des Uterus ergab eine akute Endometritis.

In der sich anschließenden Diskussion wurde von den Herren Smolsky, Lazarewitsch, Balandin und Ott die Berechtigung zur Ausführung der Porrooperation im vorliegenden Falle lebhaft bestritten, da einerseits die Kleinheit des offenbar nicht ausgetragenen Kindes andere Entbindungsweisen erlaubt hätte, andererseits die vorhandene Endometritis nicht gerade die Entfernung des ganzen Organes, wenn einmal Kaiserschnitt gewählt werden sollte, gefordert hätte, da die Innenfläche des eröffneten Uterus ja gründlich und genau desinficirt werden konnte.

Dr. Fischer weist dagegen auf die Anamnese hin, die dem Kinde nur höchst geringe Chancen bot und auf die vorhandene Infektion, deren Ausgang für die Mutter immerhin sehr dubiös war, und berief sich auf Schultze, der den Porro sogar gemacht hat bei im Uterus zurückgehaltener, faulender Placenta.

---

7) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Paris.

(Annal. de gynécol. 1887. December.)

Sitzung vom 10. November 1887.

Cruceanu demonstrirt ein von ihm konstruirtes Stetoskop und

Sécheyron eine Placenta succenturiata mit Insertio velamentosa der Nabelschnur.

Cruceanu legt eine Arbeit vor: »Über die Art der Beendigung der Steißlage auf Grundlage einer in der geburtshilflichen Klinik zu Paris ausgefertigten, über 10 Jahre sich erstreckenden Statistik.

Im Anschluss an einen von Greslou in der vorigen Sitzung mitgetheilten Fall von unstillbarem Erbrechen während der Schwangerschaft, wo schließlich die künstliche Frühgeburt Heilung herbeigeführt hatte, bemerkt

Bailly, dass man in solchen Fällen nicht zu lange zögern dürfe mit der Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Um den richtigen Zeitpunkt zum Eingreifen festzustellen, schlägt Charpentier vor, die Abnahme des Körpergewichts genau zu kontrolliren. Sobald eine bemerkbare tägliche Gewichtsabnahme vorliegt, muss man die künstliche Frühgeburt einleiten.

Pajot schließt sich den Äußerungen Bailly's und Charpentier's an, nur mahnt er, dass man in jedem Falle einen oder mehrere Kollegen zu Rathe zieht.

Bailly berichtet über 3 Fälle von Auswischen (écouvillonage) des Cavum uteri mit nachfolgender Ätzung theils mit Argentum nitricum, theils mit Karbolglycerin (1 auf 5). In allen 3 Fällen trat Heilung ein. Die Indikation bildeten in allen Fällen Blutungen: in einem Falle in Folge eines abgelaufenen Abortus; in dem 2. Falle war die Metrorrhagie bedingt durch chronische Metritis, in dem 3. Falle handelte es sich um profuse Menses.

An der Diskussion betheiligen sich Charpentier, Pajot, Martineau, Dumontpallier.

Pajot meint, dass nach dem Eingriffe die Frauen sich 4—5 Tage ruhig verhalten müssen.

Richelot berichtet über einen Fall von Carcinoma corporis uteri, in welchem die Totalexstirpation zu spät vorgenommen wurde, indem sich während der Operation herausstellte, dass das Peritoneum sowohl im Cavum Douglasii, wie in der Excavatio vesico-uterina schon infiltrirt war. Er betont, dass gerade beim Corpuscarcinom die Totalexstirpation sonst die günstigsten Erfolge verspricht.

Im Namen Auvard's berichtet Sécheyron über einen Fall von Tamponade der Uterushöhle mit Jodoformgaze, welche ausgeführt wurde am 5. Tage nach einer rechtzeitigen Entbindung (Ipara). Der Erfolg war durchaus befriedigend und Auvard empfiehlt dieses Verfahren sowohl bei Hämorrhagien wie bei septischer Endometritis.

W. Nagel (Berlin).

8) Anatomische Gesellschaft zu Paris.

(Ann. de gynécol. et d'obstetr. 1887. November u. December.)

Sitzung vom 21. Oktober 1887.

Monprofit demonstrirt ein Ovarialsarkom, er fand dasselbe bei der Obduktion einer 50jährigen Frau, die kurz nach der Aufnahme ins Hospital gestorben war.

Reboul demonstrirt eine Spina bifida; nach vollendeter Operation trat Exitus ein.

Sitzung vom 28. Oktober 1887.

Mery zeigt einen fibrösen Uteruspolyp, welcher im Anschluss an einen Abort an der Placentarstelle sich entwickelt hatte; der Polyp gab Veranlassung zu einer septischen Infektion, woran die Kranke starb.

Cornil glaubt nicht, dass ein Placentarpolyp vorliegt; eine Grippe mit infektiöser Bronchopneumonie kann in diesem Falle den Tod erklären.

Chartier demonstrirt eine Tubarcyste, die geborsten war; die Kranke war an einer intraperitonealen Hämorrhagie gestorben. Möglicherweise liegt eine Extrauterin-Schwangerschaft vor.

Regnault zeigt ein Myom, welches mittels Forceps durch die Vagina ent-

wickelt worden war (von Le Dentu). Die Operation war sehr schwierig und die Kranke starb.

Verchère verwirft die Extraktion des ganzen Tumors; man muss vielmehr denselben zerstückeln, dann gelingt die Entfernung leicht.

Halli schließt sich dieser Auffassung an und berichtet über 4 derartige, günstig verlaufene Operationen (von Terrier und Richelot).

Sitzung vom 4. November 1887.

Monprofit demonstrirt eine Hydatidenmole, welche eine 46jährige Frau, Mutter von 9 Kindern, ohne Kunsthilfe geboren hatte.

Terrillon demonstrirt eine Blutcyste, wahrscheinlich von einem Ovarium ausgegangen. 7 Jahre trug die Frau diese Cyste, welche 12mal punktirt worden ist. Bei jeder Menstruation aber füllte die Cyste sich stets aufs Neue.

Sitzung vom 11. November 1887.

Monprofit demonstrirt ein Myxosarkom ovariellen Ursprungs, und

Malet eine Ovariencyste, welche gleichzeitig mit einem Myom entfernt worden war. Der Umstand, dass in der Peritonealhöhle eine ähnliche Flüssigkeit (durch Punktion entfernt) sich fand, wie in der Cyste, deutet auf eine spontane Perforation der Cystenwand hin.

Valut zeigt ein seit 3 Jahren bestehendes Carcinom des Corpus uteri. Der Cervix war nur in geringem Grade an der malignen Entartung betheiligt.

Sitzung vom 25. November 1887.

Poirier beschreibt die Lymphgefäße des Ovariums: dieselben begeben sich zum Theil dem Ligamentum rotundum entlang zu den Inguinaldrüsen.

W. Nagel (Berlin).

9) Chirurgische Gesellschaft in Paris.

(Progrès méd. 1887. November 12.)

Sitzung vom 2. November 1887.

Schwartz liest eine Arbeit vor mit dem Titel: Penetrirende Uteruswunde bei einer Schwangeren im 6. Monat. Aus der Wunde hingen Darmschlingen und die beiden Füße des Fötus. Nach Extraktion des Fötus und antiseptischen Auswaschungen wurde die Uteruswunde vernäht. Peritonitis, Tod nach 4 Tagen.

Die Behandlung solcher Fälle richtet sich nach dem Grade der Verletzung: ist der Uterus wenig beschädigt, wartet man den natürlichen Geburtsverlauf ab; sind Theile des Fötus aus der Uteruswunde herausgetreten, muss man nach Art des Kaiserschnittes verfahren.

In der hieran sich anschließenden Diskussion über Kaiserschnitt in ähnlichen Fällen spricht sich

Guéniot zu Gunsten des konservativen Kaiserschnittes (eventuell mit querangelegtem Uterusschnitt) aus.

Marchand zieht für einzelne Fälle von Uterusverwundungen den Porro vor.

Terrier verwirft die Lambert'sche und die Sänger'sche Naht. Er bedient sich bei Vereinigung der Uteruswunde der gewöhnlichen Knopfnaht.

W. Nagel (Berlin).

10) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe in New York.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. November. p. 1084.)

Sitzung am 4. Oktober 1887.

Hauks theilt einen Fall von Hysterektomie mit, welcher wegen Myomen bei einer 53jährigen Frau, welche 1 Kind geboren und 6 Aborte durchgemacht hatte, von Bantock aus London gemacht worden war und unglücklich verlief. Die Indikation zur Operation lag in starken Blutungen, welche trotz Curettement, Einspritzungen, Ergotin immer wiederkehrten.

Mundé entfernte den Uterus per vaginam wegen Epitheliom des Cervix, welches sich auf das Scheidengewölbe ausdehnte, so dass nicht bestimmt werden konnte, ob die Perimetrien frei seien. Operirt wurde nach der Fritsch'schen

Modifikation. Verlauf günstig, doch trat rasch Recidiv ein. Weiter legt derselbe 2 Präparate von papillomatösen Wucherungen vor; das eine fand sich in einer adhärirenden Ovariencyste, das andere füllte das ganze Becken aus und hatte Uterus, Ovarien und Blase umwachsen.

Mundé theilt einen interessanten Fall von Ovariotomie mit, welche zum dritten Mal an derselben Frau gemacht wurde. Im Jahre 1881 hatte Küster in Berlin einen Theil einer adhärirenden Cyste des linken Eierstockes entfernt und den Sack in die Bauchwunde eingenäht. Im November desselben Jahres wurde dieselbe Operation wegen Cyste des rechten Eierstockes gemacht. Im Mai dieses Jahres kam die Pat. zu Mundé mit einer großen Bauchhernie, welche durch eine dritte große Cyste verursacht war. Bei der Operation fand sich, dass dieselbe vom linken breiten Mutterband ausging; sie enthielt dicke, albuminöse Flüssigkeit und ein Stück Knochen. Heilung.

Thomas Emmet hält einen Vortrag über angeborenen Mangel der Scheide mit Retention der Menses.

Im Jahre 1866 hat er die freie Eröffnung des Zuganges zum Uterus, die rasche Entleerung der Uterushöhle und die Auswaschung derselben mittels heißen Wassers empfohlen. Seit jener Zeit hat er wiederholt in gleicher Weise operirt, immer mit gutem Erfolg; nur einmal hat er Entzündung des Beckenzellgewebes gesehen, in dem Fall, über den er noch berichten will; hier war dieselbe direkt auf Infektion zurückzuführen. Die rasche Entleerung des Blutes hält er besonders für wichtig, da er das Blut aus den Tuben entfernen will, ehe Kontraktionen derselben eintreten. Im Übrigen macht er die Operation in der allgemein üblichen Weise. Der Fall, welcher ihn zu den Bemerkungen veranlasste, betraf ein 15jähriges Mädchen, welches er im Jahre 1876 operirte. In Folge schlechter Drainage war der Gesundheitszustand im Hospitale ein derart schlechter gewesen, dass mehrere Wochen lang nicht operirt wurde. Dieser Fall war der erste operative nach Ablauf dieser Zeit gewesen, zu früh operirt, da heftige Cellulitis sich einstellte. In Folge der Entzündung musste das Glasrohr in der Scheide gelockert werden, daher hatte sich in dem oberen Theile derselben eine starke Verengerung gebildet, welche später erweitert werden sollte, doch war die Pat. nicht mehr erschienen. Im Juni 1886 sah E. die Kranke zum ersten Male wieder. Dieselbe befand sich im 3. Monat ihrer zweiten Schwangerschaft. Das erste Kind war todtgeboren; 2 Tage hatte die Geburt gedauert; mit Barnes'schen Dilatatoren war versucht worden, die Verengerung zu erweitern. Diesem Umstand schrieb die Frau das Absterben der Frucht zu und wünschte nun den Rath von Emmet. Bei der Untersuchung fand derselbe, dass der obere Theil in toto verengert war. Bei der Geburt wurde die enge Stelle seitwärts incidirt und dieselbe erfolgte rasch und ohne stärkere Einrisse.

Sitzung am 18. Oktober 1887.

J. B. Hunter zeigte eine Dermoidcyste vor, welche er bei einem 18jährigen Mädchen entfernt hatte; Janvrin das Präparat eines Epitheliomes der Vulva. Beide Labien und ein Theil der hinteren Scheidewand mussten entfernt werden.

Lee berichtet über Nachblutung nach Entfernung der Uterusanhänge. Die Frau war offenbar eine Bluterin, da bereits bei der Operation alle durchtrennten Adhäsionen stark bluteten. 4 Stunden nach der Operation kollabirte sie. Bei Eröffnung der Bauchhöhle fanden sich große Mengen flüssigen Blutes in derselben, doch nirgends ein spritzendes Gefäß. Das Blut sickerte langsam aus allen wunden Flächen. Es wurden wiederholt je 300 g einer schwachen Salzlösung transfundirt, worauf der Zustand sich besserte und schließlich Heilung eintrat.

In der Diskussion bemerkt Wylie, dass er seit einiger Zeit bei allen Operationen, welche mit stärkerem Blutverlust verbunden seien, während oder nach der Operation, auch wiederholt Klystiere von heißem Salzwasser, manchmal auch Beeftea geben lasse. Er glaubt dadurch direkt das verlorene Blut rasch ersetzen zu können. Jedenfalls trat in keinem Falle, in welchem er dies Verfahren anwandte, Collaps ein.

Nilsen berichtet über einen Fall von Laparotomie, bei welcher es sehr schwer war, die einhüllenden Falten des Bauchfells zu durchdringen.

Sitzung am 1. November 1887.

McLean zeigt das Präparat eines Nierentumors vor, welchen er bei einer 43jährigen Nullipara entfernt hatte. Die Frau starb 2 Stunden nach der Operation. Die Geschwulst enthielt Knochengewebe.

Wylie berichtet über eine Entfernung der Uterusanhänge wegen Pyosalpinx. Aus dem Abscess entleerte er 1/2 Liter Eiter.

Hunter zeigt eine kleine Dermoidcyste vor. Es hatten jahrelang Erscheinungen von Oophoritis und Cellulitis bestanden. Eine Geschwulst war nicht diagnosticirt worden.

Mundé bemerkt, dass Schmerz ein sehr unzuverlässiger Faktor sei. Letzthin habe er bei einer Pat. operirt, welche konstant über Schmerz in der linken Seite klagte. Daselbst fand sich Eierstock und Tube normal, rechterseits jedoch waren diese Organe erkrankt. Dieselben wurden entfernt, nicht aber diejenigen linkerseits, trotzdem war der Schmerz daselbst verschwunden. **Engelmann** (Kreuznach).

11) Verhandlungen der gynäkologischen Gesellschaft zu Chicago.

(Separat-Abdruck.)

Sitzung am 24 September 1887.

Etheridge berichtet über 3 Fälle von vaginaler Hysterektomie und betont besonders die Annehmlichkeit der Forcipressur der breiten Mutterbänder im Gegensatze zu Ligaturen.

Der erste Fall betraf eine 47jährige Mutter von 9 Kindern mit Epitheliom des Cervix. Das Scheidengewölbe war frei, der Uterus frei beweglich. Bei der Operation wurde wegen Verwachsungen der Mastdarm und Blase, letztere an zwei Stellen eröffnet. Starke Blutung aus den Uteringefäßen. Tod nach 44 Stunden an Peritonitis und Erschöpfung.

Im zweiten Falle handelte es sich ebenfalls um ein Epitheliom, welches nur den Cervix ergriffen hatte, bei einer 36jährigen Wäscherin. Die Kranke hatte selbst die Hysterektomie an Stelle der vorgeschlagenen Amputatio cervicis gewünscht. Einriss in die Blase, starke Blutung aus der abgeglittenen Ligatur des linken breiten Mutterbandes. Heilung ohne Zwischenfall.

3. Fall. Wittwe von 49 Jahren. Epitheliom des Cervix. Uterus frei beweglich, doch stark vergrößert. Die Umstülpung des vergrößerten Uteruskörpers sehr schwierig. Die breiten Mutterbänder beiderseits mit Klemmzangen gefasst und durchtrennt; keine Ligatur; die Scheide wird nicht vereinigt, leicht mit Jodoformgaze ausgestopft. Heilverlauf normal, nach 48 Stunden wurden die Klemmzangen entfernt, keine Blutung.

Christian Fenger berichtet über einen Fall von Carcinoma uteri, bei welchem er auf dringenden Wunsch der Kranken die Hysterektomie machte mit günstigem Ausgang. Eben so glücklich verliefen drei weitere Fälle; der eine betraf eine 28jährige Nullipara, bei welcher die Operation gegen Erwarten wegen der Kleinheit des Uterus außerordentlich leicht war, während in dem 3. Fall ungewöhnliche Schwierigkeiten aus der Fettleibigkeit der Kranken erwuchsen.

Weiter bespricht F. eingehend die verschiedenen Operationsmethoden, Statistik, Indikationen etc.

J. C. Hoag theilt einen Fall von Placenta praevia mit, der nichts Bemerkenswerthes bietet.

Sitzung am 22. Oktober 1887.

Neuwahl des Vorstandes. Henry Byford wird zum Vorsitzenden erwählt. Derselbe hält die übliche Anrede. Als Thema derselben hat er sich die Antisepsis in der Geburtshilfe gewählt. **Engelmann** (Kreuznach).

12) **J. Veit** (Berlin). Über plastische Operationen an dem Damm.

(Deutsche med. Wochenschrift 1887. No. 38.)

V. bringt in seinem an die gynäkologische Sektion des internationalen medicinischen Kongresses in Washington eingesandten Vortrag keine neue Methode der Dammplastik. Im Gegentheil. Er steht nicht an, jede der bisher angegebenen anzuerkennen, wenn sie nur mit einer mäßigen Verengerung der Scheide und des

Scheideneinganges wirklich ein Dammdreieck bildet. Die Erreichung des dauernden Erfolges hängt nicht von der Methode ab, sofern sie die angegebenen Bedingungen erfüllt, sondern von der Antiseptik bei der Operation, da diese die prima intentio sichert.

. Zum Berieseln der gesetzten Wundfläche empfiehlt V. Sublimatlösung ($^1/_2$ bis 1:5000). Im Interesse der Schnelligkeit verzichtet er auf das sogenannte Glätten der Anfrischung und wendet die etagenweis fortlaufende Katgutnaht an. Die Anfrischungsfigur räth er so einfach wie möglich zu wählen. Ist der Mastdarm mit eingerissen, so wählt er die Simon'sche oder Sims'che; sonst, sobald es sehr ausgesprochen ist, dass die Columna rugarum posterior ganz intakt geblieben ist, die von Bischoff.

Die Uterusexstirpation zur Heilung von Prolapsen zu verwenden, verwirft V. mit Recht. **Graefe** (Halle a/S.).

13) H. Wathon (Louisville). Über den Bauchschnitt zur Entfernung des Fötus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 42.)

W. will in den Fällen, in welchen die Geburt per vias naturales unmöglich ist, die Embryotomie durch den Kaiserschnitt ersetzt sehen, wenn es sich um ein lebendes Kind handelt. Er geht dabei nicht nur vom wissenschaftlichen, sondern auch vom moralischen Standpunkt aus. Es erscheint ihm unberechtigt, »das Leben eines unschuldigen Wesens im Interesse eines anderen, welches noch dazu für die Existenz des ersteren verantwortlich ist, zu zerstören«.

Als Grenze für die künstliche Frühgeburt nimmt W. eine Conjugata von 6,35 cm an. Die Laparotomie hält er bei einer Conjugata von weniger als 6 cm indicirt. An der Hand verschiedener Statistiken anderer Autoren liefert er den Nachweis, dass die Resultate des Kaiserschnittes den mit der Embryotomie erzielten nicht nur gleich kommen, sondern seit der Vervollkommnung der Sectio caesarea weit übertreffen. Es existirt daher für ihn kein Zweifel, welcher Operation heut zu Tage der Vorzug zu geben sei.

Was die verschiedenen Methoden des Kaiserschnittes betrifft, so hält er die Porrooperation in fast allen Fällen von Uterusruptur, in manchen Fällen von Uterusfibroiden, bei Entzündungen des Uterusparenchym, sei es, dass dieselbe von zurückgebliebenen, in Zerfall begriffenen Gewebselementen oder von macerirten Früchten ausgeht, für indicirt. Von der Laparoelytrotomie sagt er mit Recht, dass sie eine zu komplicirte Operation sei, um eine allgemeine Anwendung zu finden. Für die große Mehrzahl der Fälle empfiehlt auch er die alte nach neueren Principien modificirte Sectio caesarea. **Graefe** (Halle a/S.).

14) E. Laplace (New-Orleans). Saure Sublimatlösung als desinficirendes Mittel und ihre Verwendung in Verbandstoffen. (Aus dem hygienischen Institut in Berlin.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1887. No. 40.)

Es ist bekannt, dass, wenn Sublimat in Berührung mit einer eiweißhaltigen Substanz kommt, sich ein unlösliches Quecksilberalbuminat bildet. Von L. angestellte Versuche ergaben die beachtenswerthe Thatsache, dass das Sublimat, so werthvoll es als Desinficiens gegenüber nicht eiweißhaltigen Flüssigkeiten sein mag, doch nur von bedingtem Werth ist es für die Anwendung bei einer so stark eiweißhaltigen Substanz, wie es das Blut ist. Weitere Versuche gingen nun dahin, die Bildung eines Niederschlages von Quecksilberalbuminat zu verhindern, um dadurch dem Sublimat auch für eiweißhaltige Flüssigkeiten seine desinficirende Wirksamkeit zu erhalten. Dies Ziel wurde durch einen Zusatz von Salzsäure erreicht. Doch stand L. von ihrer Verwendung wieder ab, da sie sich einerseits mit der Zeit verflüchtigt, andererseits die Gewebefasern der Verbandstoffe derartig angreift, dass letztere binnen kurzer Zeit unbrauchbar werden. Dagegen erwies sich die Weinsäure sowohl ihrer Beständigkeit als ihrer nicht reizenden Eigenschaften als endlich ihrer Billigkeit wegen als sehr geeignet. Verschiedenartige Versuche

lieferten den Beweis, dass Weinsäuresublimatlösungen in eiweißhaltigen Flüssigkeiten bakterientödtend wirken.

Den durch das Experiment erhaltenen Resultaten entsprechen die bei klinischem (v. Bergmann'sche Klinik) Gebrauch erzielten. Selbst bei faulenden und eiternden Wunden blieb, falls dieselben zuvor energisch mit der Weinsäuresublimatlösung gewaschen worden waren, der Verband steril; beim Wechsel desselben fanden sich jene fast eiterfrei, gut granulirend.

L. zieht aus seinen Versuchen folgende Schlussfolgerungen:

Man kann Sublimat mit Weinsäure in Lösung zur Herstellung von Verbandgaze für die chirurgische Praxis aus folgenden Gründen empfehlen:

1) Die volle Wirksamkeit des Sublimat kommt auch in eiweißhaltigen Flüssigkeiten in Folge der Säurewirkung zur Geltung. Wir besitzen daher in der Weinsäuresublimatlösung ein völlig ausreichendes Mittel zur Desinfektion von Wunden. Um dies zu erreichen, müssen inficirte Wunden täglich mindestens 10—20 Minuten mit jener Lösung gewaschen werden. Für die Behandlung frischer Wunden genügt ein einfaches einmaliges Abwaschen und Irrigiren. Ein Dauerverband mit Weinsäuresublimatgaze wird dann aufgelegt.

2) Dieser Verband beschränkt in keiner Weise die sonst in der chirurgischen Praxis gebräuchlichen Maßregeln, den Gebrauch der Caustica, des Jodoform etc.

3) Die Wunden werden nicht gereizt.

Die Lösung muss zusammengesetzt sein aus: Sublimat 1,0, Acid. tartar. 5,0, Aq. destill. 1000,0. Die Verbandgaze, Watte etc. wird bereitet mit: Sublimat 5,0, Acid. tartar. 20,0, Aq. destill. 1000,0. Entfettete neutrale Watte etc. wird etwa 2 Stunden in dieser Lösung gelassen, ausgedrückt und getrocknet.

Graefe (Halle a/S.).

15) **M. Stumpf** (München). Beiträge zur Symptomatologie und Behandlung der puerperalen Eklampsie.

(Münchner med. Wochenschrift 1887. No. 36.)

S.'s Mittheilungen liegen 27 selbst beobachtete Fälle zu Grunde. Bei 20 derselben trat die Eklampsie schon in der Schwangerschaft ohne vorheriges Einsetzen der Geburtsthätigkeit auf, zweimal sogar bereits im 4. Graviditätsmonat. Es verdient dies besondere Beachtung, da eine Reihe von Statistiken bisher ergeben hatte, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Eklampsie in der Zeit nach dem Beginn der Geburt auftritt, während sie nach S.'s Beobachtungen vorwiegend eine Komplikation der Schwangerschaft, nicht der Geburt wäre.

In den 27 Fällen des Verf. fehlte Albuminose nie. Als höchster Eiweißgehalt wurde 2,5% gefunden. Der Eiweißgehalt sinkt, so wie die Harnmenge sich erhebt. Diese erreicht am 3.—4. Tage post part. durchschnittlich ihr Maximum. Ein Ansteigen auf 2 und 3 Liter gehört nicht zu den Seltenheiten.

Außer Eiweiß fand S. stets Zucker im Urin Eklamptischer. Auffallend war ihm auch eine starke Acidität des Harns. Leucin und Tyrosin ließ sich nur in Fällen nachweisen, welche unter Auftreten eines terminalen Ikterus letal endeten und die Sektion tiefgehende Veränderungen der Leber ergab.

In Betreff der Qualität des Pulses wurde entsprechend den Angaben Ballentyne's zu Anfang der Erkrankung eine vermehrte Arterienspannung beobachtet, welche aber nach einer Anzahl von Anfällen regelmäßig abnahm. Die Temperatur steigt mit dem Einsetzen der eklamptischen Anfälle und nimmt mit jedem neu eintretenden Anfall um einige Zehntelgrade zu. Das Ansteigen hört nie auf, so lange die Anfälle wiederkehren. Bleibt die Temperatur auch nach Aufhören derselben hoch, so ist die Prognose mit Sicherheit letal zu stellen.

Bisher so gut wie gar nicht beachtet sind multiple Blutungen unter die Haut, besonders an Stellen, wo Traumen eingewirkt haben (subkutane Injektionen), aber auch unabhängig von solchen. Sie sind stets von übler prognostischer Bedeutung.

Eine ganz konstante Erscheinung von Seiten des peripheren Nervensystems ist eine mehr oder weniger hochgradige Hauthyperästhesie und eine beträchtliche Verstärkung der Patellarsehnenreflexe.

Was die Behandlung der Eklampsie betrifft, so verwirft S. den früher fast allgemein angewandten Aderlass mit Recht vollständig, empfiehlt dagegen die diaphoretische Behandlung sowohl nach eingetretener Eklampsie wie prophylaktisch aufs wärmste. Vor der Verwendung des Pilocarpin warnt er wegen der gefahrbringenden Nebenwirkungen, heiße Bäder (37—40° C.) und nachfolgende Einpackungen bilden nach Breus' und Verf.s Erfahrungen das beste Mittel zur Erzielung einer ausreichenden Diaphorese. Ihre Wirkung kann durch eine energische Ableitung auf den Darm durch Drastica unterstützt werden.

Die Behandlung der Anfälle selbst besteht auf der Münchener Frauenklinik in Darreichung von Chloralhydrat als Klysma (2 g pro dosi bis 12 g pro die) und Chloroforminhalationen.

Alle gewaltsamen Entbindungsversuche in der ersten Geburtsperiode sind zu verwerfen, die zweite dagegen so rasch wie möglich zu beenden. Die von anderer Seite bei drohender oder bereits eingetretener Eklampsie befürwortete künstliche Frühgeburt wird von S. nach den vorzüglichen Resultaten der diaphoretischen Methode als nicht mehr in Frage kommend erklärt. **Graefe** (Halle a/S.).

16) **Nieberding** (Würzburg). Cystöse Nierendegeneration des Fötus als Geburtshindernis.

(Aus den Sitzungsberichten der Würzburger Phys.-med. Gesellschaft 1887. Juli 2.)

Bei einer 22jährigen Ipara ließ sich der in 1. Beckenendlage liegende Fötus trotz aller stundenlang fortgesetzter Versuche nicht extrahiren. Die in den Uterus eingeführte Hand fand eine beträchtliche Auftreibung des über dem Beckeneingang stehenden Bauches. Punktion desselben resultatlos. Entfernung der unteren Extremitäten des Fötus, Trennung des Rumpfes vom Becken. Durch die so geschaffene große Öffnung im Unterleib wurden 2 beträchtliche in der oberen Hälfte der Bauchhöhle liegende Tumoren entfernt. Darauf leichte Extraktion des Fötus, welcher je 6 Zehen, eine Hasenscharte und eine in der kleinen Fontanelle befindliche Encephalocele aufwies. Die Placenta war sehr groß, 1000 g schwer, zeigte neben bindegewebiger Hypertrophie eine auffallend starke seröse Durchtränkung, Wochenbettsverlauf normal.

Die beiden herausgenommenen Tumoren, zusammen 1000 g schwer, erwiesen sich als die cystös entarteten fötalen Nieren, welche durch tiefe Einschnitte in viele unregelmäßige Lappen getheilt wurden. Sie bestanden aus lauter kleinen, stecknadelknopf- bis erbsengroßen Cysten, von denen die kleineren mehr in der Rindensubstanz, die größeren mehr in der Marksubstanz, namentlich in der Nähe des Nierenbeckens zu finden waren. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass sie aus den Harnkanälchen hervorgegangen waren und die Dilatationen derselben zwischen den vollständigen Verschlüssen darstellten. Ihr Inhalt bestand aus einer wasserklaren Flüssigkeit.

N. nahm an, dass der eigentliche Beginn des Processes, welcher zur Cystenbildung geführt, im Inneren der Niere selbst zu suchen sei und durch einen auf die Harnkanälchen oder die Glomeruli von außen einwirkenden Druck, der dieselben zu einer hier und da eintretenden Kompression brachte, bewirkt wurde.

Als Veranlassung für einen solchen in den Nieren bestehenden abnormen Druck fand sich bei der Sektion ein vollständiges Fehlen des Ductus arteriosus Botalli, in Folge dessen eine Überladung des venösen Systems, eine venöse Stase in den Nieren eintreten musste, welche zu einer serösen und kleinzelligen Infiltration des Gewebes und zu einem exorbitanten Druck im Inneren, zu nachfolgender Kompression der Harnkanälchen und Glomeruli führte. **Graefe** (Halle a/S.).

17) **A. Becker** (Leipzig). Eine seltene Missbildung des Menschen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 36.)

Bei der von B. beschriebenen und in 2 Abbildungen wiedergegebenen Missbildung handelt es sich um eine Einstülpung des linken Armes in die Brust- und Bauchhöhle bei einem gut entwickelten und ausgetragenen Kind. Die Höhle, in welche der Arm hineinragt, beginnt mit einer in den äußeren Bedeckungen be-

findlichen Öffnung zwischen erster und zweiter Rippe, von denen erstere das Sternum nicht erreicht. Durch das Bestehen einer Sternalspalte im unteren Theile des Brustbeins ist die Möglichkeit gegeben, dass die Rippen von der zweiten an in einen Rippenbogen unterhalb der Öffnung, etwas nach aufwärts gerückt, zusammenlaufen. Über diesem Bogen hat sich eine Hautbrücke gebildet. Das Innere der Scheide bildet einen abgeschlossenen Sack, der kontinuirlich bis an die Lendenwirbelsäule nach unten und hinten verläuft; wahrscheinlich besteht er aus mediastinalem Gewebe, dem sich Theile der benachbarten serösen Häute anlegen. Der Arm liegt darin nicht verwachsen, aber beschränkt beweglich. Nur dadurch, dass auch das Zwerchfell eine Spalte aufweist, ist die theilweise Einlagerung des Armes mit seiner Hülle in den Bauchraum zu erklären.

Die Entstehung der Missbildung verlegt B. mit Berücksichtigung der embryonalen Entwicklungsvorgänge auf das Ende der 2. höchstens Anfang der 3. Woche fötaler Entwicklung. **Graefe** (Halle a/S.).

18) **H. Rosenkranz** (Berlin). Zur Kasuistik der Wanderleber.

(Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 38.)

48jährige Frau, welche 8mal geboren hatte, zum letzten Mal vor 7 Jahren, erkrankte plötzlich mit starkem Erbrechen und heftigen Schmerzen in der Magengrube und rings um den Leib, zwischen Thorax und Abdomen. Als das Erbrechen nachgelassen, stellte sich Ascites und Ödeme der Beine, der Genitalien und an der Bauchhaut ein. Eine Erklärung für die schnell entstandene Wasseransammlung war nicht zu finden. Letztere schwand schnell nach gesteigerter Diurese durch Digitalis und Liq. Kal. acet. bei gleichzeitigen profusen, wässerigen Diarrhoen, durch Karlsbader Salz bewirkt. Nach 5wöchentlicher Euphorie fing der Leib angeblich wieder an zu schwellen. Bei der Untersuchung fand sich kein Ascites, keine Ödeme, wohl aber in der Bauchhöhle ein großer mit seinem unteren scharfen Rand etwas über den Nabel hinausragender Tumor, welcher sich durch die Palpation leicht und mit größter Deutlichkeit als Leber erkennen ließ. Die Beweglichkeit derselben war eine außerordentlich große. Die normale Leberdämpfung war verschwunden; bis zum Rippenbogen lauter Perkussionsschall und vesikuläres Athmen hörbar.

R. führt die Entstehung der Wanderleber in diesem Fall auf das heftige Erbrechen — ein ätiologisches Moment, welches Landau in seiner Monographie nicht erwähnt — zurück. Durch die gewaltsame Entfernung des Organes von seiner Stelle soll eine Zerrung und Quetschung der benachbarten Theile, wahrscheinlich namentlich der Pfortader und der Vena cava inferior eingetreten sein, in Folge dessen wieder Stauungen im Blutabfluss und als Endresultat Ascites und Ödeme. **Graefe** (Halle a/S.).

19) **Dittmer** (Berlin). Chronische Peritonitis — drohende Perforation im rechten Hypochondrium — Incision, Drainage — nochmalige spontane Perforation im Nabel — Injektionen von Tinct. Jodi — Heilung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 44.)

Die Überschrift bringt eigentlich schon ein gedrängtes Referat des interessanten Falles. Ergänzend sei hinzugefügt, dass es sich um ein 8jähriges Mädchen handelte, welches zuerst unter den Erscheinungen einer akuten Gastroenteritis erkrankt war. Nach Nachlass des Erbrechens blieb ein Zustand zurück, der einem Typhus abdominalis glich. Allmählich aber bildete sich bei gleichmäßig remittirendem Fieber, anhaltender Diarrhoe, Schmerzhaftigkeit des ganzen Leibes ein Erguss aus, der langsam zunahm. Schließlich wurde eine groschengroße, prominirende, geröthete fluktuirende Stelle im rechten Hypochondrium indicirt und ca. 6 Liter guten Eiters entleert. Durch die Incisionswunde kam man direkt auf die Leber und das über den Därmen liegende Netz. Drainage; Salicylwatteverband; tägliche Auspülungen mit Kal. hypermang. Eine zweite drohende Perforation in der Nabelfalte bildete sich zurück. Pat. erholte sich bei abnehmender Eiterung

schnell, bis die alten Beschwerden unter gesteigerter Eiterbildung wieder auftraten. Es erfolgte Perforation an der erwähnten Stelle in der Nabelfalte. Diese Öffnung kommunicirte mit der Incisionswunde. Schnelle Besserung des Allgemeinbefindens. Perforation am Nabel schloss sich spontan, nicht so die Incisionsstelle, welche dauernd dünnen Eiter secernirte. 5malige Injektion von Tct. Jodi brachte sie zur Heilung. Seitdem Euphorie. Pat. hat sich zu einem blühenden Mädchen entwickelt.

Graefe (Halle a/S.).

20) J. Kötschau (Köln a/Rh.). Ein Fall von Genitaltuberkulose (primäre Tubentuberkulose).

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXI. Hft. 2.)

Es handelt sich um eine 45 Jahre alte nicht hereditär belastete Frau, die 5 ohne Kunsthilfe verlaufende Geburten mit normalem Wochenbette durchgemacht hatte. Die Diagnose lautete: Retroversio et Catarrhus chronicus uteri, Perimetritis chronica, rechtsseitiger apfelgroßer Ovarialtumor. Laparotomie am 18. April. Da ohne starke Verletzung der Därme ein klarer Einblick in die Verhältnisse absolut unmöglich war, wurde beschlossen, von der Exstirpation des Tumors abzusehen. Am nächsten Tage Exitus.

Anatomische Diagnose (Georg Sticker): Chronische Genitaltuberkulose, wahrscheinlich ausgehend von der rechten Tube: primäre chronische tuberkulöse Salpingitis (Tuberkelknötchen, Riesenzellen, keine Tuberkelbacillen); chronische käsige Oophoritis; käsige Endometritis. Abgesackte Peritonitis.

Subakute sekundäre Tuberkulose des rechten Oberlappens der Lunge. Abgelaufene Pleuritis beider Oberlappen.

Senile Degeneration der Organparenchyme (Leber, Niere, Herz etc.). Obturation des Ductus cysticus durch einen Cholestearinstein. Hydrops vesicae felleae.

Hypinose des Blutes; Hämoglobinämie. Während der Operation werden aus der unmittelbar vor der Operation gehörig entleerten Harnblase mittels Katheter dreimal kurz hinter einander mehrere (etwa 3—$3^1/_2$) Liter eines fast wasserhellen Urins abgelassen. Ob diese Polyurie als Theilerscheinung der übrigen hysterischen Symptome oder analog anderen Beobachtungen mit einer Chloroformwirkung in Zusammenhang gebracht werden muss, kann Verf. nicht entscheiden.

W. Nagel (Berlin).

Weitere Vorträge für die zweite Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie haben angemeldet:

Herr Wiedow (Freiburg i/B.). Über Erschlaffung des Bauchfells.
Herr Olshausen (Berlin). Über Geburtsmechanismus bei Schädellagen.
Herr Stumpf (München). Pathologische Anatomie der Schwangerschaftsniere.
Herr Schauta (Prag). Über die Diagnose der Frühstadien der Salpingitis.
Herr Winter (Berlin). Demonstration von Präparaten.
Herr v. Preuschen (Greifswald). 1. Über Melaena neonatorum. 2. Demonstration einer Kranken.
Herr A. Martin (Berlin). Über Myome.
Herr Fehling (Basel). 1. Über den Mechanismus der Placentarlösung. 2. Über Kastration bei Osteomalacie.
Herr C. Ruge (Berlin). Über Adenom des Uterus; der malignen und benignen Formen desselben.

Halle a/S., den 28. April 1888. ***R. Kaltenbach.***

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 19. Sonnabend, den 12. Mai. 1888.

Menstruation bei einem 3jährigen Kinde.

Von

Dr. H. Kornfeld.

Zur Erklärung des Wesens der Menstruation sind die Ausnahmen, in welchen außerhalb der Zeit, die allgemein als die Konception bedingend angesehen wird, eine periodische Blutung aus den Genitalien auftritt, von gewiss unleugbarer Wichtigkeit. Ein Pendant zu den Menstruationen im Kindes- und Greisenalter bilden die ausnahmsweise schon in sehr frühem und andererseits in überaus hohem Alter beobachtete Zeugungsfähigkeit beim Manne. Ohne indess auf die vielfachen Gesichtspunkte, anlässlich dieser, wenn auch ausnahmsweisen, aber doch sicher von einer guten Theorie nicht unberücksichtigt zu lassenden Beobachtungen einzugehen, soll folgender zweifelloser Fall von Menstr. praecox hier mitgetheilt werden.

Der Arbeiter Weiß in W., welcher in Folge einer Verletzung des Auges auf diesem blind und dann unheilbar geisteskrank geworden war, hatte um Neujahr 1887 den unbezähmbaren Trieb gezeigt, beständig an den Geschlechtstheilen zu manipuliren. Tag und Nacht hatte er die Hand Anfangs in den Hosen, dann an dem entblößten Penis. Die Töchter, ein Mädchen von 11 und eins von $4^1/_2$ Jahren, so wie ein 4jähriges Mädchen in der Nachbarschaft, welches zum Besuch kam, wurden, wie sich nach einiger Zeit zufällig herausstellte, dadurch verleitet, ebenfalls an ihren Sexualorganen zu spielen. Strafen halfen wenig. Das erheblich stärker der Onanie ergebene 3jährige, sonst ganz gesunde und nicht über sein Alter hinaus entwickelte Mädchen zeigte Anfang April ein blasses Aussehen, blauumränderte Augen und klagte über Rückenschmerzen. Am 5. April klagte die

mit ihr zusammen das Bett theilende ältere Schwester der Mutter, dass jene sich so schmutzig gemacht hätte. Die Mutter fand das Kind zwischen den Beinen stark beblutet, »wie wenn sie die Regel hätte«. Nachmittag ließ die blutige Absonderung nach und war am nächsten Morgen verschwunden. Eine Verletzung, eine gekratzte Stelle oder sonstige Quelle für das Bluten war sicher nicht vorhanden, wie die Mutter sich überzeugt hatte. Die Blutung wiederholte sich regelmäßig Anfang Mai, Anfang Juni und Anfang Juli; und zwar war sie Anfang Mai stärker als den Monat vorher, die folgenden Male immer schwächer. In den 4 Monaten kam das Kind herunter, war schlaffer und ist noch jetzt — obschon voll und blühend — angeblich nicht mehr der »Fleischklumpen« wie früher. Dass die »Regel« bei dem Kinde zu den angegebenen Zeiten pünktlich wiederkehrte, hat die Mutter daran gemerkt, dass sie selbst genau zur selben Zeit menstruirte. Die Angaben sind mir von der Mutter gelegentlich, ohne dass ich sie darum fragte, gemacht worden, als ich den kranken Ehemann untersuchte, worauf ich natürlich dessen Trennung von der Familie veranlasste. Die Onanie des Kindes unterblieb seitdem. Das Kind war geistig relativ wohl entwickelt. Die ältere Schwester, welche die Schule besuchte, hatte keine Spuren einer Blutung gezeigt.

In der Litteratur finden sich ähnliche Beobachtungen, z. B. bei Rowlet, Amer. journ. of med. sc. 1834. Nov. p. 266 (Menstruation im Alter von 1 Jahre, Niederkunft mit 10 Jahren); Molitor, citirt in Stricker: Weitere Mittheilungen zur Lehre von der Menstruation, Virch. Arch. 1879. Bd. XII. p. 77 (Menstruation mit 4 Jahren). Zu bemerken ist noch, dass dem Kinde, einer von der Mutter referirten, hier nicht wiederzugebenden Äußerung derselben nach, ein gewisses sexuelles »Verständnis« bei seinem Treiben innegewohnt haben muss.

---

1) **Lindner.** Über die Wanderniere der Frauen.

Neuwied, **Heuser's** Verlag, 1888.

Diese Monographie über »die häufigste Abnormität des weiblichen Körpers«, wie L. sagt, trotzdem er »gefasst ist, auf scharfen Widerspruch zu stoßen«, behandelt zuvörderst die Anatomie, Ätiologie und Diagnose der Wanderniere. Jede 5.—6. Frau ungefähr hat diese Affektion (nach L.). Er untersucht mit der Rechten von vorn durch die Bauchdecken tastend, während die Linke von der Lumbalgegend her die Niere entgegenzuschieben sucht; stets steht L. rechts von der Pat. Diese event. seitengelagert, mit angezogenen Beinen; event. kann stärkeres Schütteln der Pat. die Niere vorfallen machen. In einzelnen Fällen ist es L. nicht bei der ersten Untersuchung gelungen, die Diagnose zu stellen; desshalb empfiehlt er dringend eine 2. und 3. Untersuchung. Dann behandelt L. die Symptomatologie; ferner den Einfluss der Wanderniere auf das Zustandekommen der weiblichen Nervosität. Prognose und Therapie beschließen das Werk. L. räth durchweg zur Bandagenbehandlung; das Nähere p. 32—34 nachzulesen. Nur wo die »Frage der Existenz ins Spiel kommt«, räth er zu operativem Eingriff. Er ist gegen die Hahn'sche Methode; das Nähere daselbst nachzulesen. Eine »Statistik der operativen Eingriffe bei Wanderniere« beschließt das Buch. 36 Nephrektomien und 29 Nephroraphien aus der bisherigen Litteratur incl. 1 Madelung-schen, 5 Küster'schen und 2 L.'schen Fällen. 24 Krankengeschichten aus des Verf.s Praxis, bei denen er die Erfolge der Bandagenbehandlung hervorhebt, sind dem anregend geschriebenen Buche beigegeben.

Pauly (München).

---

2) **Leopold.** Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung und Perforation bei engem Becken.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1888. 173 S.

An der Hand des reichhaltigen Materials der Dresdener Entbindungsanstalt veröffentlicht Verf. in obiger Publikation seine Ansicht über den Kaiserschnitt und dessen Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung und Perforation beim engen Becken. An dieser Arbeit betheiligten sich auch seine Assistenten.

Der erste Abschnitt des Buches rührt von L. Korn her. Er bespricht die Lehre von der künstlichen Frühgeburt im Anschluss an 45 Fälle, in denen wegen Beckenenge die künstliche Frühgeburt eingeleitet wurde. In 35 Fällen machten die Mütter ein fieberfreies Wochenbett durch, 9 Wöchnerinnen hatten 1—3tägige Temperatursteigerungen, eine starb an Sepsis. Korn ist der Ansicht, dass bei allgemein verengt-plattem Becken bis 7,5 cm Conj. vera, bei Becken ohne quere Verengung bis zu 7 cm Conj. vera es angezeigt sei, die Frühgeburt künstlich einzuleiten und zwar in der 32.—36. Schwangerschaftswoche. Ist der Zeitpunkt verstrichen, so sei vor Allem die Wirkung der Naturkräfte abzuwarten und bleibt erst diese aus, so kommt die Wendung und Extraktion resp. Zange und Perforation in Betracht.

Über diesen letzten Punkt spricht ausführlich H. Löhmann. Er verfügt über ein Material von 5916 Geburten, in welchen im Ganzen 107mal die innere Wendung unternommen wurde. Indem wir den Leser auf die Arbeit selbst verweisen, theilen wir hier nur mit, dass Löhmann bei allgemein verengt-platten Becken bis zu 7,5 cm, beim platten bis zu 7,0 cm Conj. vera, so lange es sich um mittelgroße reife Kinder handelt, die Geburt den Naturkräften zu überlassen räth. Erweist sich ein operativer Eingriff durchaus als nothwendig, so ist erst dann die Wendung und Extraktion bezw. Zange und Perforation vorzunehmen. Bei ungünstigem Ausgang für das Kind sei das nächste Mal die künstliche Frühgeburt einzuleiten.

J. Präger berichtet über 71 innerhalb der letzten vier Jahre in der Dresdener Anstalt ausgeführte Kraniotomien. Verf. ist zu der Überzeugung gekommen, dass die Kraniotomie unter strenger Antisepsis vorgenommen weit bessere Erfolge aufzuweisen hat, als der antiseptische Kaiserschnitt, indem die Enthirnung eine das mütterliche Leben weniger gefährdende Operation sei.

Den Abschnitt über den Kaiserschnitt bearbeitete Prof. L. Er bespricht kritisch die in den letzten vier Jahren in seiner Anstalt nach der Sänger-L.'schen Methode ausgeführten 23 Kaiserschnitte und stellt hierbei die Frage auf, ob wir schon heute berechtigt sind, den Kaiserschnitt überhaupt an die Stelle der Perforation des lebenden Kindes zu setzen oder in welchen Fällen dies nothwendig sei. Verf. lässt bedenken, dass der Kaiserschnitt eine Laparotomie sei

und bleibe selbst in den geübtesten Händen eine ernste Operation. Mutter und Kind zu retten sei in der That eine schöne Aufgabe, wenn aber die Bedingungen dazu nicht alle erfüllt sind, dann solle man ja nicht zu spät sondern früh perforiren. Die Resultate, welche L. mit der künstlichen Frühgeburt, der Wendung und Extraktion, der Perforation und dem Kaiserschnitte beim engen Becken gesammelt, theilt er am Schluss der Arbeit in tabellarischer Form mit. Nach der künstlichen Frühgeburt war die Mortalität der Mütter = 2,2%, nach der Wendung und Extraktion = 4,8%, nach der Perforation = 2,8%, nach dem Kaiserschnitte = 8,6%. Nach den nur durch Infektion erfolgten Todesfällen fallen auf die künstliche Frühgeburt = 2,2%, auf Wendung und Perforation = 0,0%, auf Perforation = 0,0%, auf den Kaiserschnitt = 4,3%. Danach sind dem Kaiserschnitte noch immer die meisten Mütter erlegen. Allerdings anders lauten die Ergebnisse für die Kinder. Nach der künstlichen Frühgeburt wurden 66,6%, nach der Wendung und Extraktion 59%, nach dem Kaiserschnitt 87,0% lebend entlassen. Hinsichtlich des Kaiserschnittes macht Verf. noch darauf aufmerksam, dass die Naht der Gebärmutter noch nach der Richtung zu verbessern sei, damit die fernere Möglichkeit der Frau zu koncipiren, nicht aufgehoben oder erschwert werde. Näheres ist im Original nachzusehen.

v. Święcicki (Posen).

---

3) **Sallis.** Über hypnotische Suggestionen, deren Wesen, deren klinische und strafrechtliche Bedeutung.

Neuwied, **Heuser's** Verlag, 1888.

»Der Vorstand des Ambulatoriums für Massage in Baden-Baden« giebt in seinem Schriftchen eine gedrängte Übersicht und einen geschickt zusammengesetzten Auszug aus der deutschen und französischen Litteratur über die Hypnose. Da aber jede selbständige Kritik auf das sorgsamste vermieden wird, ist es dem Ref. nicht möglich gewesen, dem Buche Geschmack abzugewinnen. Was schließlich über Luys' Fernwirkungen medicinischer Stoffe gesagt ist, ist völlig unwissenschaftlich gedacht. Weder der jugendliche Luys noch unsere geschicktesten Hypnotiseure werden die Grundgesetze unserer naturwissenschaftlichen Untersuchungs- und Beobachtungsmethoden umstoßen.

Eine Tafel mit Pulskurven begleitet das Büchlein.

J. Pauly (München).

---

4) **P. Redard.** Behandlung erektiler Tumoren mit Elektrolyse.

(Gaz. méd. 1887. No. 44.)

R. benutzt Nadeln aus Gold oder Platin, $^1/_2$ mm im Durchmesser, 8—10 cm lang (Chardin). Das Kind immobilisirt, meist ohne Narkose, da die Operation nur wenige Minuten dauert und wenig Schmerz erzeugt. R. unterscheidet bei der Einführung der Nadeln drei Arten: 1) beide Nadeln in den Tumor, wenig entfernt von einander; 2) die

positive Nadel allein in die Substanz des Tumors, der andere Pol, plattenförmig, an einem beliebigen anderen Punkt (Monoyer, H. Pitoy); 3) die negative Nadel allein in den Tumor (Althaus).

1) Beide Nadeln in den Tumor einzuführen ist nicht im Gesicht anzuwenden schon der Narben wegen. Ausnahmsweise bei sehr großen Tumoren.

2) Besonders empfehlenswerth. Der negative Pol, in Form einer Platte, möglichst nahe am Tumor ev. am Oberarm. Der Einstich der positiven Nadel schräg zur Peripherie. R. empfiehlt 4 positive Nadeln auf einmal, kurz an einander befestigt. 2—4 Minuten an der Einstichstelle belassen, dann an verschiedenen Punkten der Peripherie wieder eingestochen. 10—20 Milliampères, am häufigsten 15—18. Jede Hämorrhagie, die R. Anfangs stets an der +Nadel beobachtete, ist zu vermeiden, wenn man vor dem Herausziehen der Nadel den Strom auf einige Sekunden wendet und auf Null zurückführt. Die Nadel darf erst herausgezogen werden, wenn man keinen Widerstand fühlt. Alle 6—8 Tage eine Sitzung. Bei der Größe eines kleinen Eies sind 4—6 Sitzungen genügend, die kleinen Naevi vasculosi in 1—2 Sitzungen.

Bei cirsoiden Tumoren lässt R. die Nadel 3—6 Minuten. In der Nähe des Kopfes meide man mehr als 25—30 Milliampères. Die Intensität des Stromes ist allmählich zu vermindern, jeder Stoß oder Schlag zu vermeiden. Nicht länger als 5—8 Minuten.

Sorgfältige Desinfektion der Nadeln, glühen oder 2—3 Minuten in Äther waschen oder einige Sekunden sie Wasserdampf von 110° aussetzen.

Wo andere Methoden versagen, gelingt die elektrolytische Methode stets. Sie schützt vor Eschara, Eiterung u. A. Sie ist sicher und präcis. Meist muss der Einstich mit der positiven Nadel empfohlen werden. **J. Pauly** (München).

---

5) **Sinclair** (Manchester). Über die gonorrhoische Infektion beim Weibe.

London, **H. K. Lewis,** 1888.

Seitdem Nöggerath im Jahre 1872 durch seine Monographie »die latente Gonorrhoe im weiblichen Geschlechte« die ärztliche Welt alarmirt hat, ist die Aufmerksamkeit derselben dem Zusammenhange zwischen Gonorrhoe und Frauenkrankheiten zugewendet geblieben. Die von vielen Seiten nach dieser Richtung vorgenommenen Untersuchungen haben durch im Jahre 1879 erfolgte Entdeckung des Gonococcus durch Neisser eine mächtige Förderung erfahren. Die englischen Ärzte aber sind denselben vollständig fern geblieben. Unter ihnen seien, wie S. behauptet, fast ausnahmslos noch Anschauungen verbreitet, wie sie bis zu Nöggerath und Neisser allgemein geherrscht haben. Diesem Übelstande abzuhelfen, seine englischen Kollegen auf die Resultate der diesbezüglichen deutschen

Untersuchungen aufmerksam zu machen, ihnen nahe zu legen, dass die Gonorrhoe bei Frauen keineswegs ein seltenes und gleichgültiges Vorkommnis sei, dass sie vielmehr gar häufig die empfindlichsten, mit größter Schwierigkeit zu behebenden Störungen der Gesundheit veranlasse, ist die Absicht, von welcher Verf. ausgegangen ist. Mit der einschlägigen Litteratur vollkommen vertraut, über eine reiche klinische Erfahrung verfügend, giebt er eine klare Darstellung der Frage vom Zusammenhange der gonorrhoischen Infektion mit gynäkologischen Erkrankungen und unterstützt dieselbe durch zahlreiche kasuistische Beispiele. Nach einer eingehenden Erörterung der Arbeiten Nöggerath's, Neisser's, Bumm's u. A. geht er zu einer detaillirten Schilderung des Verlaufes der Gonorrhoe bei den Frauen über. Er schließt sich der Ansicht an, dass die akute Gonorrhoe in der Urethra und den Bartholin'schen Drüsen festen Fuß fasse, die Vagina nicht ergreife, behauptet jedoch, dass die Cervicalgonorrhoe nicht eine mehr oder minder häufige Ausnahme, sondern die Regel bilde. Das Fortschreiten in die Tuben und über dieselben hinaus erfolge gewiss häufig, eine allgemeine gonorrhoische Peritonitis aber sei mindestens sehr selten.

Sehr oft jedoch trete die Gonorrhoe in schleichender Weise auf und biete ein Bild dar, welches Verf. mit folgenden treffenden Zügen zeichnet: »Eine junge Frau, seit einem oder zwei Jahren verheirathet, findet, dass ihre Gesundheit eine ernstliche Beeinträchtigung erfahren hat. Während sie vor der Ehe so gesund und lebenskräftig war wie in der Kindheit, hat sie nunmehr ihre Frische, das Gefühl des Wohlseins verloren und fühlt sich von ungewohnten Schmerzen und Ausflüssen gepeinigt. Sie hat einen beständigen weißen Ausfluss, sie leidet an mehr oder minder heftiger Dysmenorrhoe, ihre Menses, welche früher ganz schmerzlos, regelmäßig in Eintritt, Dauer und Menge gewesen, sind jetzt allmählich unregelmäßiger, immer schmerzhafter und reichlicher geworden, woran sich ein auch in der Menopause nicht weichendes unbestimmtes Gefühl von Unbehagen im Unterleib angeschlossen hat. Zuweilen hat ein Abortus, gefolgt von mehr oder minder heftigen Entzündungserscheinungen stattgefunden; oder es ist ein Kind zu richtiger Zeit geboren worden und nach irgend einer Puerperalaffektion sind beständige Unterleibsbeschwerden zurückgeblieben, keine weitere Konception eingetreten. Untersucht man in solchen Fällen, so findet man an der Urethra kaum etwas Auffälliges, dagegen pflegen die Mündungen der Bartholin'schen Drüsen geröthet zu sein (häufig? Ref.). Der Uterus erscheint vergrößert, gegen Druck empfindlich, die Ovarien vergrößert, empfindlich, zuweilen auch verlagert, häufig das Ligamentum latum verdickt, ein Zeichen von Tubenerkrankung. Im ganzen Beckenboden drängt sich dem Muskelgefühl des untersuchenden Fingers der Eindruck eines Abweichens der Gewebe vom Zustande der Gesundheit auf, man fühlt eine Abnahme der Elasticität in den Wänden des Scheidengewölbes, welche nie wahrzunehmen ist, wenn nicht ein entzünd-

licher Process in der Nähe Platz gegriffen hat. Untersuchung mit dem Spiegel ergiebt einen reichlichen, im Aussehen nicht unbedingt veränderten Ausfluss, die Schleimhaut am Muttermunde geröthet und hypertrophisch.« In diesem typischen Bilde könnte im einzelnen Falle ein oder der andere Zug schärfer ausgeprägt sein. Die Erklärung dafür, dass so häufig ernsthafte Veränderungen in den Beckenorganen gefunden würden, ohne dass eine akute Gonorrhoe beobachtet worden, biete die latente Gonorrhoe des Mannes. Bei einem latent gonorrhoischen Manne seien die Gonokokken gering an Zahl, decrepid, den zeitweiligen Samenergüssen eines mäßigen Mannes vielleicht gar nicht beigemengt. Erst durch die Excesse der Flitterwochen würden sie zu kräftigerem Leben erweckt, könnten aber selbst dann aus dem ausgesogenen Boden nicht genügende Vitalität ziehen, um in einem anderen Theile des weiblichen Genitaltractes, als in dem ihrer Entwicklung besonders günstigen Cervix uteri festen Fuß zu fassen.' Von hier aus erfolge wohl die Entwicklung der Krankheit, gefördert durch jedes Moment gesteigerter Lebensthätigkeit, wie häufiger Coitus, Menstruation, Schwangerschaft und Puerperium. Die alsbald erfolgende Zerstörung des den Uterus auskleidenden Cylinderepithels, welches wahrscheinlich (?) nie wieder völlig erneuert werde, bedinge den Ausfluss, die unregelmäßige, schmerzhafte, reichliche Menstruation. Je nachdem nun der Giftstoff kräftiger oder schwächer sei, erfolge das Fortschreiten der Krankheit rascher oder langsamer. Im ersteren Falle könne es zur Verklebung der Abdominalostien der Tuben kommen, ehe die aktive Gewebsreaktion in den Tuben vorüber sei. Dann entstünde Hydro- oder Pyosalpinx, gewiss eine ziemlich häufige Folge von Gonorrhoe. Bei langsamerem Fortschreiten (creeping) aber würden Ovarien und benachbartes Peritoneum ergriffen, Oophoritis, Perioophoritis, Perimetritis. Ob diese entzündlichen Erkrankungen nur durch die gonorrhoische oder durch eine Mischinfektion veranlasst seien, will Verf. nicht entscheiden. Jedenfalls könne als eine weitere Folge bezeichnet werden, dass »jedes Weib, welches an gonorrhoischer Perimetritis gelitten habe, steril sei«. Indem Verf. sich zum Schlusse in Kürze mit Prophylaxis und Therapie beschäftigt, verlangt er, dass der Gonorrhoe bei Frauen die ihr gebührende Beachtung gezollt werde, als einer Krankheit, welche zu schweren, lange dauernden, oft unheilbaren Störungen der Gesundheit führe. Als Mittel gegen die Gonorrhoe haben sich ihm Copaivabalsam und Sublimat, bei uteriner Gonorrhoe Injektionen von Jodtinktur, ohne vorhergängige Dilatation mittels der Fritsch-Bozeman'schen Sonde ausgeführt, am besten bewährt.

Steinschneider (Franzensbad).

---

6) **James Stirton** (Glasgow). Über Blutungen aus dem nichtschwangeren Uterus.

(Glasgow med. journ. 1887. Juli.)

Verf. erörtert zunächst die Gefäßvertheilung in und um den Uterus, welchen er in jeder Beziehung für ein erektiles Organ hält. Die Menstruation, d. h. die regelmäßige Blutentleerung aus den Genitalien, ist ein Vorrecht des menschlichen Geschlechts, welches einestheils durch die Civilisation und die damit verbundene gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems, anderntheils durch seine aufrechte Haltung und den in Folge dessen erschwerten Abfluss aus den venösen Sinus des Genitalapparates begründet sei. Die Frauen höhlenbewohnender afrikanischer Völkerstämme menstruirten fast gar nicht, selten, und dann mehr Schleim als Blut; gewisse Affenstämme Indiens dagegen, mit hoher Intelligenz und ausgebildeter Organisation in ihren Herden, menstruirten, wenigstens während der heißen Jahreszeit, häufig und in fast regelmäßigen Zwischenräumen.

Im Übrigen werden die Ursachen von Uterusblutungen — abgesehen von den durch Neubildungen veranlassten — durchgenommen, unter Einschluss von intra- und extraperitonealen Hämatocelen resp. Hämatomen. Verf. sah unter anderen 7 Fälle, wo eine extraperitoneale Blutung sich nach unten ihren Weg bahnte. Die meisten barsten, wenn sie den untersten Theil der hinteren Vaginalwand erreicht hatten; alle heilten. **Zeiss** (Erfurt).

---

7) **A. Krüche** (Brunnthal München). Allgemeine Chirurgie. 2. Auflage.

Leipzig, **Ambr. Abel,** 1887.

Der Verf. hat alle wichtigen Thatsachen und Anschauungen der modernen allgemeinen Chirurgie sehr übersichtlich zusammengestellt. Sowohl der Praktiker wird zur Auffrischung seiner Kenntnisse als auch der Studirende zur Repetition des beim Unterricht Gehörten das kleine Buch trefflich gebrauchen können. **Fritsch** (Breslau).

---

8) **P. Guder** (Ückermünde). Kompendium der gerichtlichen Medicin.

Leipzig, **Ambr. Abel,** 1887.

Das vorliegende Kompendium schließt sich in würdiger Weise den früheren von der Verlagshandlung von Abel veröffentlichten Kompendien an. Es ist mit großem Geschick gearbeitet. Trotz seines geringen äußeren Umfanges enthält das Buch alles Wesentliche. Namentlich die Lehre vom Kindsmord ist recht ausführlich und durchaus sachgemäß dargestellt. **Fritsch** (Breslau).

Kasuistik.

9) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 13. April 1888.

Vorsitzender: Herr Kaufmann; Schriftführer: J. Veit.

I. Der Vorsitzende verliest die Namen der zur Aufnahme vorgeschlagenen Ärzte. Derselbe begrüßt die anwesenden Gäste, die Herren Winckel (München), Eppner (Essen), Engelmann (St. Louis) und Langner (Landeck).

Auf Vorschlag des Vorsitzenden beschließt die Gesellschaft das Stiftungsfest am 9. Mai zu feiern und wählt die vorjährige Kommission zur Vorbereitung wieder.

II. Herr Geo. Engelmann (St. Louis) als Gast hält seinen angekündigten Vortrag: Über die Elektricität in der Gynäkologie.

Verf., welcher sich seit einer Reihe von Jahren mit der Elektricität als Heilmittel in der Gynäkologie beschäftigt hat, hält es für ganz erklärlich, dass bis heute diese Behandlungsmethode in Deutschland kein Interesse erregt habe, und zwar einerseits, weil hier die operative Gynäkologie so glänzende Resultate aufzuweisen hat, und andererseits, weil im Hinblick auf die geringen, bis heute erzielten Resultate der Elektricität in der Medicin ein gewisses Misstrauen entgegengebracht wird.

Den Umschwung in der Elektrotherapie verdanken wir 1) der genauen Messung des elektrischen Stromes, 2) der Anwendung sehr starker Ströme, 3) der Ausbildung der polaren Methode. Die Anwendung der polaren Methode wird ermöglicht durch die Form und Lage der weiblichen Sexualorgane, indem die Wirkung des Stromes auf den erkrankten Theil völlig beschränkt, der aktive Pol in oder an dem erkrankten Gewebe placirt werden kann, und durch die über den Beckenorganen gelegene Bauchhaut eine große Fläche sich biete zur möglichsten Neutralisirung des indifferenten Poles. Die Anwendung starker Ströme ist ermöglicht durch die geringe Resistenz der Beckeneingeweide, durch die geringe Elektro-Sensibilität der Organe und durch die Benutzung einer großen Elektrode zur Vertheilung des Stromes am indifferenten Pol.

Verf. geht dann ein auf den Unterschied der gynäkologischen Elektrotherapie von der Elektrotherapie in anderen Fächern der Medicin, besonders der Neurotherapie. Ferner sei die Elektricität in der Gynäkologie nicht als ein Mittel zu betrachten, sondern einer Gruppe von Mitteln zu vergleichen, welches je nach seiner Anwendung die verschiedensten, oft entgegengesetzten Resultate erzeuge, indem es je nach Art und Stärke des Stromes, so wie nach Form, Größe und Material der Elektrode beruhigend oder erregend, resorbirend oder stimulirend, blutstillend, oder den Blutfluss vermehrend wirke.

Verf. betont weiter, dass es sich nicht um die unbestimmte Wirkung des intrapolaren Stromes handele, sondern dass positive Resultate erzielt würden durch die oft sichtbare Wirkung des aktiven Poles in oder an dem erkrankten Gewebe. Letzteres sei die Hauptsache, erstere werde nur als Nebenwirkung verwerthet.

Die Elektricität in der Gynäkologie sei nicht als ein Specificum oder Universalmittel zu betrachten, sondern als eine Vervollständigung unseres Armamentariums, als ein werthvolles Hilfsmittel, welches unter gewissen Indikationen als Haupt- resp. Nebenmittel zu gebrauchen ist.

Verf. geht darauf über auf die Art der zu gebrauchenden Ströme (galvanisch und faradisch), so wie auf die Anwendungsweise und die Dauer derselben, speciell in den verschiedenen Krankheitszuständen und berichtet über die Erfolge, welche er in seiner Klinik in 3 Jahren, wo er diese Methode gebraucht, gehabt hat, nicht allein in der gynäkologischen Therapie, sondern auch für einzelne Zustände in der Geburtshilfe.

Als Kontraindikation sei nur die Idiosynkrasie zu nennen, indem bei manchen nervösen, reizbaren Frauen theils der galvanische, theils der faradische Strom die unangenehmsten Zustände hervorrufe.

Verf. zählt eine Reihe von Punkten auf, die er für die Anwendung der Elek-

tricität in der Gynäkologie als maßgebend hinstellt, indem er hervorhebt, dass, wenn wir auch heute bestrebt wären, unsere Therapie auf wissenschaftlich begründete Methoden aufzubauen, wir uns in vielen Dingen, so auch hier, von der Erfahrung leiten lassen müssen.

Als letzten und wichtigsten Punkt betont er die Nothwendigkeit zweckentsprechender Apparate und passender Elektroden, besonders für die Zertheilung des indifferenten Poles und meint, dass an der Mangelhaftigkeit dieser Apparate das Fehlschlagen der angestellten Versuche liege.

Zum Schlusse empfiehlt er ein eingehendes Versuchen der neuen Methode in Deutschland mit Berücksichtigung der von ihm gegebenen Anweisung.

Herr Engelmann demonstrirt dann die erweiternde Wirkung der Elektricität an einem Fall von Stenose, den ihm Herr Martin zur Verfügung gestellt hat.

Diskussion: Herr Bröse hat ebenfalls den konstanten Strom in der Gynäkologie und zwar zur Behandlung der Uterusmyome angewendet in der Weise, dass er die Kathode in den Cervix, die Anode in Form einer breiten Elektrode auf die Bauchdecken legte. Er wandte aber bedeutend geringere Stromstärke bis höchstens 20 Milliampère an und erregte damit starke Uteruskontraktionen, welchen er auch den Erfolg, den er mit dieser Behandlung erzielte, zuschrieb. Denn in zwei Fällen von Myomen wurden die Tumoren deutlich kleiner und verschwanden die Beschwerden. In einem dritten Falle aber stellten sich so heftige Uteruskontraktionen ein, dass das submucös sitzende Myom nekrotisch wurde und zu verjauchen begann, dass der bis dahin vollkommen geschlossene Cervix sich öffnete und nach 5 Sitzungen es gelang, in tiefer Narkose mit dem Finger das Myom zu entfernen. Trotz energischer Uterusausspülungen aber ging die Pat. an septischer Peritonitis 5 Tage später zu Grunde. B. hält desshalb die Methode durchaus nicht für ungefährlich. Die Uteruskontraktionen, welche in den beiden anderen Fällen heilsam wirkten, indem sie die Ernährung der Geschwülste beeinträchtigten und zur Schrumpfung führten, waren der Pat. in dem letzten Falle verderblich, indem sie die Ernährung des Myoms so schädigten, dass es nekrotisch wurde.

In einem vierten Falle sah B. keinen Erfolg von der Behandlung. Außerdem wurden noch 2 normale Uteri experimenti causa elektrisirt.

Herr Engelmann hält den ungünstigen Ausgang in diesem Fall für nicht in Zusammenhang stehend mit der Methode, weil die angewendeten Stromstärken zu gering gewesen seien.

Herr Bröse hält aber an der beobachteten Kontraktion des Uterus fest, die übrigens mit Angaben von Freund übereinstimmt.

---

10) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 13. December 1887.

Vorsitzender: Herr Reusche; Schriftführer: Herr Jollasse.

Herr Staude spricht über den Einfluss der Beckenexsudate auf den Verlauf von späteren Geburten.

Er ist der Ansicht, dass eine einmal überstandene Parametritis für ein späteres Puerperium eine Disposition zum Wiederauftreten der entzündlichen Erscheinungen giebt. Daher sei es Pflicht des Geburtshelfers, möglichst schonend zu entbinden, eventuell sich der Perforation zu bedienen. Er sah folgende 3 Fälle:

1) Nach 2 normalen Entbindungen Abortus mit linksseitiger Parametritis. Einige Jahre darauf erneute Gravidität mit Schmerzen links vom Uterus. Nach einer normalen Entbindung erkrankt Pat. am 5. Tage an linksseitiger Parametritis, die nach Durchbruch in das Rectum nach 9 Wochen ausheilte.

2) Nach der ersten Entbindung linksseitige Parametritis. Darauf frühzeitige Geburt, während der Gravidität Schmerzen auf der linken Seite und 2 rechtzeitige Entbindungen stets mit Schmerzen in der linken Seite während der Gravidität. Linkes Parametrium straffer und kürzer als rechts. Am 18. Tage nach der letzten Geburt links Parametritis mit Thrombose der linken Schenkelvene.

3) Plattes rachitisches Becken. Nach der ersten Geburt (Forceps) Parametritis. Nach der zweiten Entbindung (Kephalotripsie) abermals Parametritis.

Diskussion: Herr Fressel beobachtete folgenden Fall: Eine Frau, die vor mehreren Jahren anschließend an eine Geburt eine Parametritis durchgemacht hatte, abortirte darauf 2mal. Es bestand Retroflexio und die Kranke trug ein Pessar. Nach einer darauffolgenden normalen Entbindung trat am 15.—20. Tage p. P. wieder eine Parametritis auf.

Herr Happe sah bei einer Frau, die nach einem Abortus Perimetritis bekam, bei einem abermaligen Abortus wieder entzündliche Erscheinungen auftreten, die erst nach 6 Monaten gänzlich verschwanden.

Herr Hotte meint, in Fällen, wo Recidive eintreten, seien Reste der früheren Entzündung zurückgeblieben. Er sah einen Fall, wo nach einem fieberhaften Puerperium ein derartiger Rest übrig geblieben war und bei einer neuen Gravidität eine frische Perimetritis bedingte.

Herr Staude will bei engem Becken und vorausgegangenen Beckenexsudaten die Verkleinerungsoperationen als schonendstes Entbindungsverfahren befürworten.

Die Herren Happe, Haeckermann, Raether und Voigt befürworten dagegen im Interesse des kindlichen Lebens die Anwendung der Zange.

---

11) **Jeskow** (St. Petersburg). Medicinischer Bericht des Pokrow'schen Gebärhauses am Hafen.

(Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten 1887. No. 10 u. 11. [Russisch.])

Der Bericht dieses kleinen Gebärhauses ist hauptsächlich von Interesse im Vergleich mit anderen ähnlichen Instituten in Russland und besonders in Petersburg.

Im Laufe von 22 Monaten kamen 929 Frauen nieder; 94,3% gehörten, wie zu erwarten, den armen Volksklassen an. 32% kamen zum ersten Male nieder. Nur eine Wöchnerin starb.

Jede Geburt kostete der Anstalt zusammen mit dem 7tägigen Aufenthalt der Wöchnerin ungefähr 20 Mark, jedes Bett kam der Anstalt im Jahr auf 500 Mark zu stehen.

Die mittlere Dauer der Geburten betrug 14 Stunden, um $^1/_3$ mehr bei Erst- als bei Mehrgebärenden; in der Nacht endigten etwas mehr Geburten, als bei Tage. 94% Kopflagen, 5% Unterendlagen, 1% Querlagen (übereinstimmend mit den Zahlen der großen Petersburger Entbindungsanstalt und der geburtshilflichen Klinik). Von den Unterendlagen war mehr als die Hälfte vorzeitig; 8 von den Kindern (12%) wurden todt geboren. 18mal Abort; vorzeitige Geburten (vom 8. bis zur ersten Hälfte des 10. Monats) kamen 3mal so oft bei Mehrgebärenden vor, als bei Erstgebärenden. Die Dauer der Geburt wich nicht wesentlich von der bei zeitigen Geburten ab.

7mal erfolgte die Geburt auf dem Wege zur Anstalt, im Vorhause und auf der Treppe, darunter 1mal während man die Kreißende die Treppe heraufttrug. In einem Falle hörten die Wehen nach 2tägigem Kreißen und Eröffnung des Muttermundes auf 2 Finger wieder auf, und begannen abermals erst nach 4 Tagen.

9mal (1%) kam Eklampsie vor, darunter 5mal bei Erstgebärenden; alle Mütter blieben am Leben, 4 Kinder wurden todt geboren. In allen Fällen enthielt der Urin Eiweiß. Wenn Verf. in einem Falle von Eklampsie nach der Geburt das Aufhören der Anfälle und die Genesung dem Einathmen von Sauerstoff zuschreibt, so weist Ref. auf seinen Artikel im Centralblatt für Gynäkologie (1885 No. 49) hin.

Bei einer Erstgebärenden mit Uterus duplex, einfachem Cervicalkanal und Vagina septa wurde die Geburt nach Durchschneidung des den Scheideneingang in 2 Öffnungen theilenden Balkens durch Entwicklung des in Steißlage vorliegenden Mädchens beendet. Das rechte unentwickelte Gebärmutterhorn war leer, zog sich aber zugleich mit dem linken zusammen. Die Geburt dauerte 26 Stunden, das Kind wog 3300 g.

Enge Becken fanden sich in 9,5%. (Enge Becken nennt der Verf. solche, wo

die Conj. externa nicht 18 cm erreicht, eine wohl kaum befriedigende Messungsmethode); unter ihnen war ein kyphotisch schiefes und ein allgemein verengtes Trichterbecken. In 35% dieser Fälle erfolgte die Geburt vor der Zeit, in 12 Fällen wurde operative Hilfe nöthig (2mal Kraniotomie, 7mal Zange, 1mal Wendung und Extraktion, 2mal Reposition der Nabelschnur). 7% der Kinder wurden todt geboren, die Mütter blieben alle am Leben. Placenta praevia 2mal, in beiden wurde die Geburt durch Wendung glücklich beendet. 3mal wurde Placenta succenturiata und 1mal eine doppelte durch eine 3 cm breite Membran getheilte Placenta beobachtet; 1mal riss die nur 26 cm lange Nabelschur bei der Entwicklung des in Steißlage vorliegenden lebend geborenen Kindes. 5mal fiel die Nabelschnur vor; in 2 Fällen bei engem Becken; immer war ihr Ansatz excentrisch; ein Kind wurde todt geboren. Umschlingungen der Nabelschnur wurden in $28^1/_2$% der Fälle beobachtet; etwas häufiger bei vorzeitigen Geburten; in $^2/_3$ der Fälle betraf die Umschlingung den Hals. Von den Kindern wurden 4% todt geboren.

164mal wurde der Damm beschädigt (in 36% bei Erstgebärenden, in 16% bei Mehrgebärenden), darunter 21mal bei Operationen. 2mal war der Riss central.

32mal wurde die Zange angelegt (3,5%), 2mal wurden die Kinder todt entwickelt; 2mal (wie erwähnt) wurde perforirt, 13mal auf den Fuß gewendet (6 Kinder todt), 8mal das Kind extrahirt (1 Kind todt), 7mal die Placenta mit der Hand gelöst. 86mal wurde der Damm genäht, indess heilte nur die Hälfte vollkommen.

Das Verhältnis der Knaben zu den Mädchen war wie 106 zu 100, todt wurden 27 (2,9%) geboren. Das Gewicht der reifen Früchte betrug im Durchschnitt bei den Knaben 3500, bei den Mädchen 3300 g. Das höchste Gewicht (5550 g) erreichte der Sohn einer zum 6. Mal Gebärenden, welcher 55 cm lang war.

Die Morbidität im Wochenbett betrug 7,7%, 1 Wöchnerin starb wie erwähnt.

Reimann (Kiew).

12) **A. Lebedeff** (St. Petersburg). Kaiserschnitt oder Kraniotomie an der lebenden Frucht?

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXI. Hft. 2.)

Zum Theil ist diese Arbeit vorgetragen in der Sitzung der Gesellschaft russischer Ärzte am Gedenktage N. J. Pirogoff's, den 20. November 1886.

In den beiden hier berichteten Fällen handelt es sich um Kaiserschnitt aus relativer Indikation. Im ersten Falle lag ein allgemein gleichmäßig verengtes, schwach rachitisches Becken vor mit einer Conjugata vera von 8 cm. 41 Stunden nach Beginn der Geburt, nach erfolgtem künstlichen Blasensprung und nach einem Versuche mit der Breuss'schen Zange (Indikation zur Beendigung der Geburt: Spasmodischer Charakter der Wehen und bedeutende Entkräftung der Kreißenden, Kontraktionsring — hier Bandl'scher Ring genannt — $2^1/_2$ Finger unterhalb des Nabels), wurde zum Kaiserschnitt geschritten. Das Kind war tief asphyktisch, wurde aber wieder zum Leben gebracht. Die Mutter machte eine glatte Konvalescenz durch.

Im zweiten Falle lag ein allgemein vorwiegend im geraden Durchmesser verengtes Becken vor mit einer Conjugata vera von 8 cm. Die Frucht lag in II. Scheitellage mit schräger Einstellung des Kopfes (Nägele'sche Obliquität).

Wegen vollständigen Kräfteverfalls der Kreißenden und der dem Kinde drohenden Asphyxie wurde, 12 Stunden nach Aufnahme in die Anstalt, zum Kaiserschnitt geschritten. Das Kind war nicht asphyktisch und schrie laut gleich nach der Abnabelung. Die Konvalescenz der Mutter wurde durch eine 2 Wochen dauernde Pneumonie gestört. Heilung.

Die Operation geschah hauptsächlich nach den Sänger'schen Principien, jedoch mit Vermeidung der Resektion der Muscularis und unter Anwendung einer 3fachen Etagennaht in der Uteruswunde, deren Priorität L. für sich in Anspruch nimmt. Wie schon aus den hier geschilderten Fällen hervorgeht, giebt L. dem Kaiserschnitte den Vorzug vor der Wendung, der künstlichen Frühgeburt und der Kraniotomie am lebenden Kinde, und schließt seinen Aufsatz mit der Hoffnung, »dass

auf diesem neuen Wege allmählich die Zahl der unschuldigen Opfer der Unvollkommenheit unserer geburtshilflichen Hilfeleistung verringert werde«.

W. Nagel (Berlin).

13) **P. Zweifel** (Leipzig). Sechs weitere Fälle von konservativem Kaiserschnitt nach Sänger.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXI. Hft. 2.)

Nach Klarstellung, was man unter der Sänger'schen Operation zu verstehen hat, führt Z. seine eigenen Erfahrungen und Beobachtungen über den konservativen Kaiserschnitt an.

Die sero-seröse Naht mit Unterminirung des Bauchfells hält Z. nicht für nothwendig und präcisirt diese Meinung im folgenden Satz: »wo je die Einfalzung des Peritoneums nicht anders gelingt, als auf Kosten einer Resektion da halte ich (Z.) es für weit richtiger, auf die Falznaht ganz Verzicht zu leisten, als sich um ihrer willen mit dem Zustutzen der Wundlippen aufzuhalten. Gerade in diesen Fällen ist die sero-seröse Naht gar nicht nothwendig, gerade wo die Serosa sich durchaus nicht in Falten heben lässt, liegen ihre Schnittränder beim Knoten der tiefen Naht haarscharf an einander, weil sie straff und gespannt ist«.

Für den von Schröder s. Z. erhobenen Einwand gegen die sero-seröse Naht, dass nämlich normale Peritonealflächen nicht mit einander verwachsen, liefert Z. den wissenschaftlichen Beweis, indem er an der Uterusnarbe eines mit dem Tod abgegangenen Kaiserschnittfalles nachgewiesen hat, dass die Serosa nur an der Stelle, wo sie auf die gegenüber liegende wunde Muskulatur trifft, verklebt und verwachsen war. Wo Serosa an Serosa lag, war, obschon diese Anlagerung eine innige, keine Verwachsung eingetreten. Z. giebt eine genaue Beschreibung seines Modus operandi; in 3 Fällen hat er als Nahtmaterial für den Uterus stets Chromsäurekatgut in verschiedener Stärke verwendet. Z. vollzieht die Operation sehr rasch: die Zeitdauer der ganzen Operation schwankt zwischen 25 und 33 Minuten.

Von den 7 Fällen (3 sind von den Assistenten ausgeführt) starb eine Mutter an Sepsis (Operateur Dr. Weber); sämmtliche 7 Kinder blieben am Leben.

In allen Fällen war die Indikation eine bedingte, es handelte sich um eine Conjugata vera von 6,5 (trotzdem hatte die betreffende Frau [Fall 3] 2mal lebende Kinder geboren), 7,5 bis 8 cm. Bei allen, mit Ausnahme von Fall 6, war voran ein- oder mehrmals perforirt worden.

Was nun die Stellung der Perforation, der künstlichen Frühgeburt und des konservativen Kaiserschnittes zu einander betrifft, so ist Z. der Meinung, dass die künstliche Frühgeburt durch den Kaiserschnitt mehr und mehr eine Einschränkung erfahren wird; die Perforation — selbst lebender Kinder — wird dagegen kaum ganz zu entbehren sein. Bei dem letzten Ausspruch hat Z. vorzugsweise diejenigen Fälle vor Augen, wo der Arzt nicht frei in der Wahl ist, wo Quetschungen des Uterus die Prognose des Kaiserschnittes trüben. In solchen Fällen ist nach der Auffassung Z.'s die Perforation (selbst des lebenden Kindes) vorläufig »eine dira necessitas, bis auch für solche Fälle gezeigt wird, die größeren Gefahren der Sectio caesarea zu umgehen.« **W. Nagel** (Berlin).

14) **Breisky** (Wien). Ein Fall von konservativem Kaiserschnitt.

(Sitzungsberichte d. k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien 1888.)

B. berichtet über den bei einer 18jährigen Ipara wegen rachitischen Beckens gemachten Kaiserschnitt, der im Übrigen nichts Abnormes bietet. Günstiger Ausgang für Mutter und Kind. **v. Buschmann** (Wien).

15) **Christmas-Dirckinck-Holmfeld.** Das Terpentinöl als Antisepticum.

(Fortschritte der Medicin Bd. V. No. 19.)

Grawitz und de Bary waren bei ihren Versuchen »über die Ursachen der subkutanen Entzündung und Eiterung« zu der Beobachtung gekommen, dass das Terpentinöl ein vorzügliches keimtödtendes Mittel sei, welches in mancher Beziehung

Sublimat und Karbol überträfe. Terpentinöl, bei Hunden subkutan injicirt, rief eine Eiterung ohne Anwesenheit von Mikroben hervor. Erstaunt über dieses Resultat hat Verf. die Untersuchungen wiederholt, allerdings mit einem ganz anderen Resultat als die oben erwähnten Verfasser.

Schon Koch hatte nur eine schwache Wirkung des Terpentin auf Milzbrandsporen festgestellt.

Verf. benutzte Flächenkolonien auf schräg erstarrter Agar-Agar von Micr. prodigiosus, Staphyl. aureus eine weiße Mikrococcusform, welche mit Terpentinöl vollständig übergossen wurde. Die Gläser blieben stehen und nach verschiedenen Zeiträumen wurden durch das Terpentinöl hindurch mit einem sterilen Platindraht Partikelchen auf andere Nährböden übertragen. Die Dauer der Einwirkung des Terpentins betrug $1/2$ bis 5 Stunden.

Es zeigte sich, dass der M. prodig. und der weiße Coccus sowohl bei Zimmertemperatur als auch im Brutofen, nachdem die mitübertragene Terpentinschicht verdampft war, schön wuchsen. Der Staphylococcus aureus wuchs nach 3stündigem Aufenthalt in Terpentin sehr gut, nach 5 Stunden wuchs er nicht mehr. Wurde Terpentinöl mit verflüssigten Kulturen durch einander geschüttelt, so wuchs letzterer Coccus selbst nach 5stündigem Aufenthalt in der Mischung. Bei Stichkulturen wuchsen bloß die Kolonien der Oberfläche, in den tiefen Schichten aber nicht, weil das Terpentinöl nicht so leicht verdampft und somit das Wachsthum hindert.

Verf. hat durch seine Versuche bewiesen, dass das Terpentin durchaus kein sicher keimtödtendes Mittel ist und warnt, dass man im Vertrauen auf die Grawitzsche Publikation dasselbe an Stelle des Karbols oder Sublimats setzt.

Heilbrun (Kassel).

16) **Framm.** Über Ovariotomien mit Einschluss von 8 operirten Fällen.

Dissert., Würzburg, 1887.

Die vorliegende Dissertation berichtet über 8 Ovariotomien, die von Nieberding in Würzburg ausgeführt wurden. Sämmtliche Fälle verliefen reaktionslos. Die Operationsmethode ist im Großen und Ganzen die der meisten Operateure mit geringen Modifikationen. Nieberding hat den Trokar bei Seite gelegt, er schneidet die Cysten mit dem Messer an; statt Schwämme wird Sublimatkrüllgaze zur Toilette des Peritoneums angewendet. Verf. schließt mit den Worten Leopold's: »Der Grundsatz muss allgemein werden, dass auch schon die kleinen Eierstockstumoren, sobald sie stetig zunehmen, namentlich wenn sie doppelseitig sind, zu entfernen sind, dann werden sich auch die Erfolge der Ovariotomie in dieser Richtung glänzender gestalten.« **Heilbrun** (Kassel).

17) **Bryk** (Wien). Über Simulation von Krankheiten der Harnorgane.

(Internat. klin. Rundschau 1887. No. 43.)

Im Anschluss an einen einschlägigen Fall bespricht Verf. die häufigsten Simulationen auf urologischem Gebiete bei Hysterischen. Hierbei ist das wesentlichste Objekt der Harn, dessen Absonderung und Entleerung.

In früherer Zeit spielte die sog. erratische Paruria eine große Rolle, d. h. die vikariirende Entleerung des Harns durch Nase, Augen, Ohren. Dieses Kapitel, so wie das Erbrechen von Urin — Paruria — ist jetzt als abgethan zu betrachten. Hysterie, Oligurie und Anurie, die wirklich vorkommen, wird nicht selten geschickt simulirt; die Kranken mussten wochenlang von ihnen sympathischen Ärzten katheterisirt werden, konnten aber, wenn Wärterinnen an die Stelle der Ärzte traten, sofort spontan uriniren. Nicht selten wird dem Harne Blut künstlich beigemengt; ist dies Menschenblut, so ist die Simulation gewöhnlich mikroskopisch schwer zu entlarven; während Thierblut leicht als solches erkannt werden kann. Künstlich beigemengter Zucker kann leicht als Fälschung nachgewiesen werden, da der Urin ein hohes specifisches Gewicht hat und keine der üblichen Zuckerproben giebt.

Im Harne befindliche Haare können von einer sog. Trichiasis vesicae stammen, oder in seltenen Fällen von einer in die Blase durchgebrochenen Dermoidcyste; sie können aber auch zufällig oder absichtlich dem Urin beigemengt worden sein.

Was im Harn gefundene Steine betrifft, so gestaltet sich die Erkennung einer Simulation nur dann schwierig, wenn dieselben Bestandtheile von wirklichen Harnkonkrementen sind. In solchen Fällen ist der Nachweis nur derart zu führen, dass im Harne keine Harnsäure, keine Phosphorsäure und keine Oxalsäure — auch nicht in Spuren — gefunden werden.

In diese Kategorie gehört der angeführte Fall aus der Beobachtung des Verf. Die von Zeit zu Zeit im Harne vorgefundenen Steine konnten auf chemischem Wege als Trümmer eines ganz gewöhnlichen Bausteins aus kohlensaurem Kalk erkannt werden, womit die sehr gewandte Simulantin, eine 46jährige Tagelöhnerin, entlarvt war. **v. Buschmann** (Wien).

18) **M. Schustler** (Wien). Über einen durch Laparotomie geheilten Fall von Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter.

(Wiener med. Wochenschrift 1887. No. 15 und 16.)

33jährige Frau, die wiederholt spontan geboren, Puerperien und Laktationen gut überstanden hat. Letzte Periode December 1884. Pat. hielt sich für schwanger, fühlte August und September 1885 Kindesbewegungen. Diese fehlen seit Anfang Oktober 1885 vollständig. Um diese Zeit spärliche Genitalblutung. Die konstante Vergrößerung des Unterleibes veranlasste die Kranke in die Klinik zu kommen.

Der Befund stimmte für ein multilokuläres Kystom des linken Ovariums. Laparotomie (Dittel) am 24. November 1885. Im Grunde der Wunde lag das zusammengeballte große Netz, leicht mit der vorderen Bauchwand, inniger mit der Geschwulst verwachsen. Nach Bloßlegung der Geschwulst Punktion derselben und Entleerung von $1^1/_2$ Liter einer graubraunen, trüben, geruchlosen Flüssigkeit (Fruchtwasser). Fernerhin wurde ein macerirter, vollkommen ausgetragener männlicher Fötus entfernt. Blutung aus der Nabelschnur fehlte. Die Ausschälung des Sackes sammt Placenta wurde versucht, war aber undurchführbar. Es wurden nun die Ränder der Fruchtsackwand mit der Bauchdeckenwand vernäht, ein dickes Drain und eine beträchtliche Zahl von Jodoformgazestreifen eingelegt, Verband und letztere nach einer Desinfektion mit Sublimatlösung (1 : 2000) am 3. Tage nach der Operation gewechselt. Sekretion in den ersten 3 Wochen ziemlich stark. Abstoßung zahlreicher nekrotischer Gewebsfetzen (Placenta). Die Schrumpfung der Höhle erfolgte nur langsam. 3 Monate nach der Operation wurde die Pat., deren Befinden sich seit dem Eingriffe absolut günstig gestaltete, mit einer 10 cm langen Fistel entlassen. Im Juli 1886 war die Kranke noch ohne Menstruation. Im oberen Antheile der medianen Narbe hatte sich eine Abdominalhernie entwickelt.

S. rechtfertigt schließlich den Irrthum in der Diagnose, da in der Anamnese die sonst charakteristische Ausstoßung der Decidua und das Kleinerwerden des Eies durch Resorption des Fruchtwassers fehlte. Wahrscheinlich traten in diesem Falle Hämorrhagien in den Fruchtsack durch partielle Lösung des Mutterkuchens ein, wodurch der Gehalt des entleerten Fruchtwassers an altem, bereits verändertem Blute erklärt wird. Mit Litzmann, A. Martin u. A. erscheint es S. räthlich, die Laparotomie bei extra-uterin entwickelten, bereits vor längerer Zeit abgestorbenem Fötus noch bei relativem Wohlbefinden der Schwangeren vorzunehmen, da das längere Zuwarten immer eine große Gefahr bedingt und oft zu einem Eingriffe unter recht ungünstigen Umständen später zwingt. **Felsenreich** (Wien).

19) **Rosenthal.** Zur Charakteristik der Hysterie.

(Allg. Wiener med. Zeitung 1887. No. 46.)

All die verschiedenartigen Zuckungen und Zitterbewegungen bei Hysterischen gehen von den corticalen Centren aus. Häufig dient ein bestimmtes Centrum als Ausgangspunkt, so dass beispielsweise bei getrennter Aktion immer ein und derselbe Arm krampft, dann erst wird auch der andere ergriffen, und es pflanzt sich die Erregung auf- oder absteigend nach den benachbarten Rindencentren fort. Bisweilen scheinen mehrere Rindencentren gleichzeitig in Aktion zu treten, oder kann ein Überspringen des Reizes sekundäre Zuckungen zur Folge haben. Die

krankhafte Erregung giebt sich bei den erwähnten Formen der Hysterie nicht bloß im motorischen Felde der Hirnrinde, sondern auch in anderen Bahnen derselben kund. Psychische Verstimmung, Leichenblässe, optische und akustische Hyperästhesie, Tachykardie, abnorme Reizbarkeit gehören zu den initialen oder begleitenden Symptomen. Bei schweren Formen deuten die Bewusstlosigkeit, die Hallucinationen und Delirien auf die corticale Betheiligung hin. Auf gleichen Ursprung sind auch die Erscheinungen der Hypnose und Suggestion zurückzuführen. Einen hierher gehörigen Fall von Heilung hysterischen Zitterns durch Hypnose führt Verf. aus seiner Praxis an.

Ein zweiter vom Verf. durch 6 Jahre bis zum Ableben des Pat. beobachteter Fall von Hysterie ist von besonderem Interesse:

Nach starken Gemüthserschütterungen und Krämpfen entwickelte sich zuerst linksseitige Hemiplegie, Hemianästhesie, Hirntorpor mit Gesichts- und Farbeneinschränkung. Nach 3 Monaten gingen diese sensibeln, sensuellen und motorischen Lähmungen auch auf die rechte Körperseite über, um sich nach längerer Zeit zuerst linker- dann rechterseits zurückzubilden. In den folgenden Jahren fixirten sich die Krankheitserscheinungen an der linken Körperhälfte und konnten nur für kurze Zeit durch Transfert oder Amylnitriteinathmung verdrängt werden. Letzteres Mittel bewirkte monatelang eine temporäre Auffrischung der Perception für gewisse centrale oder mittlere Farben. Bei späterer fast gänzlicher Farbenblindheit versagte das Amylnitrit. Spätere sexuelle Befriedigung hatte wohl Ausbleiben der Konvulsionen zur Folge; die halbseitigen Lähmungserscheinungen waren sich aber gleich geblieben. Trotz der noch 2 Tage vor dem Tode erwiesenen Hemiplegie, Hemianästhesie und Hemiachromatopsie konnte die mikroskopische Untersuchung keinerlei Veränderungen in den Hirn- und Rückenmarksbahnen auffinden. Im eben geschilderten Falle konnte Verf. durch forcirte Hypnose heftigen Vomitus erzeugen. Sehr beherzigenswerth ist Verf.s Ausspruch, dass Hypnose und Suggestion nur zu ärztlichen Zwecken und auch da noch mit gehöriger Vorsicht und Auswahl in Anwendung kommen soll. Was die Therapie betrifft, so empfiehlt Verf. ganz besonders warm die Weir-Mitchell'sche Kur.

v. Buschmann (Wien).

20) **Ely van de Warker** (Syracuse). Laparotomie bei Tuberkulose des Peritoneum.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. September. p. 932.)

Der Fall betrifft eine 28jährige Ipara, welche seit einiger Zeit an Anschwellung des Abdomens litt. Es wurde Ascites diagnosticirt; nach einigen Monaten hatte sich das Bild geändert. Es konnte keine freie Flüssigkeit im Abdomen konstatirt werden, dasselbe zeigte sich rund und prominirend. Dämpfung zu beiden Seiten; in dem rechten Hypochondrium ließ sich bei tiefem Druck eine unregelmäßige harte Masse fühlen. Es bestand kein Fieber und kein Husten. Die Diagnose blieb zweifelhaft. Es wurde eine Punktion gemacht, welche nur 1 Liter Flüssigkeit entleerte, darauf Bauchschnitt. Das Peritoneum fand sich enorm verdickt, mit hirsekorn- bis schrotgroßen Knötchen übersäet, die Darmmassen verklebt, das Colon transversum in seiner ganzen Ausdehnung mit dem Bauchfell verwachsen und so eine Höhle bildend, welche eine Cyste vortäuschen konnte. Die Bauchhöhle wurde mit Sublimatlösung (1 : 5000) ausgewaschen, Heilung ohne Zwischenfall, rasch; das Allgemeinbefinden wurde vortrefflich.

Anknüpfend an diesen Fall giebt W. eine kurze, doch erschöpfende Darstellung des heutigen Standes der Frage.

Engelmann (Kreuznach).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20. Sonnabend, den 19. Mai. 1888.

I. Das Creolin in der Geburtshilfe.

Von

Dr. Baumm,

Lehrer und Assistenzarzt an der Hebammenlehranstalt zu Breslau.

Den bisher in der Geburtshilfe gebräuchlichen Antisepticis haften bekannte Mängel genug an, um das Verlangen nach besserem Ersatz gerechtfertigt erscheinen zu lassen. Desswegen unternahmen wir es, die von einzelnen Seiten gerühmten Vorzüge des Creolins als Antisepticum gegenüber der Karbolsäure und dem Sublimat auf ihren Werth in der Geburtshilfe zu prüfen. Es sei gestattet, eine vorläufige Mittheilung über das Resultat der bisher angestellten, diesbezüglichen Untersuchungen zu machen.

Die Unbekanntschaft mit der Wirkung des Creolins gebot im Interesse der Versuchsobjekte ein langsames Vorgehen. Es wurde demnach zunächst nur mit der Creolinbehandlung der Dammrisse begonnen, derart, dass Umschläge und Vorlagen anstatt mit der sonst üblichen Sublimatlösung (1 : 4000) mit Creolinlösung getränkt wurden. Die Koncentration der Lösung schwankte Anfangs zwischen $^1/_2$ und 2% und wurde im späteren Verlauf auf $^1/_2$% normirt. Denn es stellte sich heraus, dass einerseits die stärkeren Lösungen oft unangenehmes Brennen verursachen und dass andererseits $^1/_2$%ige Lösungen genügen, um den Heilungsprocess der Dammwunden zu einem durchaus günstigen zu machen. Bald gingen wir dazu über, auch die bei Dammrissen üblichen Scheidenausspülungen mit einer $^1/_2$%igen Creolinlösung vorzunehmen. Sonst diente 3%ige Karbolsäurelösung dazu.

Auch hierbei stellte es sich heraus, dass ohne besondere Indikation stärkere Lösungen unnöthig sind. 2%ige verursachen oft ziemlich heftiges, vorübergehendes, 3%ige gewöhnlich starkes, anhaltendes Brennen bis zur Erythembildung in der Umgebung der Genitalien.

Es wurden im Ganzen 13 Dammrisse ausschließlich mit Creolin behandelt. Nur einer davon, etwa 2 cm lang, blieb, allerdings fast ganz, unvereint. Es ist sehr wahrscheinlich, dass hier die schon vor der Geburt vorhandenen, zahlreichen, großen, und immer wieder neu auftretenden Aknepusteln an den großen Labien die Heilungstendenz der geschwollenen Genitalien herabsetzten. Das Gesammtresultat aller übrigen Fälle war entschieden als ein günstigeres zu bezeichnen als bei der Sublimat- und Karbolbehandlung. Denn nicht nur, dass sämmtliche Dämme ein auffallend reines, reaktionsloses Aussehen während der Heilung darboten, kam in mehreren Fällen eine so ideale Wiedervereinigung zu Stande, wie wir es bei der früheren Behandlungsweise kaum zu beobachten gewohnt waren, selbst in einem für die Heilung durch heftigen Husten und unstätes Sichumherwerfen nach voraufgegangener Eklampsie ungünstig komplicirten Falle. Möglich, dass eine unwillkürliche, größere Sorgfalt bei der ganzen Creolinbehandlung einen großen Theil des guten Erfolges verursacht hat. Weitere Beobachtungen müssen darüber entscheiden.

Diese günstigen Resultate bei der Creolinbehandlung der Dammrisse ermuthigten uns, das Creolin als ausschließliches Antisepticum bei Kreißenden und Wöchnerinnen zu gebrauchen. Vor und während der Geburt kam das Creolin nur in 2%iger Lösung zur Anwendung. Eben so zu Händewaschungen. Eventuell nöthiges Nahtmaterial war durch Aufbewahren in reinem Creolin präparirt. Im Wochenbett wurde die täglich 2mal wiederholte Desinfektion der äußeren Genitalien mit 2%iger Lösung vorgenommen, das Vorlagetuch wurde mit $^1/_2$%iger Lösung getränkt. Die aus besonderen Indikationen vorgenommenen Scheidenausspülungen wurden mit $^1/_2$%iger und 1%iger Lösung gemacht, und zwar wurde die erstere, wie schon erwähnt, regelmäßig bei Dammrissen, die letztere bei missfarbigen oder größeren Schleimhautverletzungen mit folgender Schwellung der Labien und bei Temperaturerhöhungen gebraucht.

40 Wöchnerinnen wurden auf diese Weise nur mit Creolin behandelt. Bei 7 davon überschritt die Temperatur im Wochenbett 38,0° C., also bei 17,5%, wenn man von der 2mal vorgekommenen Steigerung bis 38,5° C. am ersten Abend nach der Geburt absieht. Hierbei ist eingerechnet eine Wöchnerin mit abscedirender Mastitis und eine mit heftigem Darmkatarrh und eintägigem Fieber (Morgens 40,4, Abends 40,0). Schließlich erreichte eine von diesen 7 als Maximum nur 38,2.

Dieses vorläufige Resultat spricht im Vergleich zu den übrigen mit Sublimat und Karbolsäure behandelten Fällen des Kursus 1887/88 zu Gunsten des Creolin, jedenfalls noch nicht zu Ungunsten desselben. Die Fieberfrequenz der mit Sublimat und Karbolsäure behandelten Fälle beträgt 20,2%.

In 2 Fällen wurde das Creolin zu Uterusausspülungen in 2%iger Lösung angewandt. In dem einen handelte es sich um starke Blutung in der Nachgeburtsperiode und noch einige Zeit darauf, nachdem die Eihäute zum Theil manuell entfernt waren. Während dieser Ausspülung, worauf beiläufig die Blutung stand, collabirte Wöchnerin plötzlich. In der Annahme, dass dies Folge des starken Blutverlustes sei, wurde sie mit dem Kopfe tief gelagert und erholte sich bald wieder. Benommenheit, Schwindel, Ohrensausen, Übelkeit blieben noch mehrere Stunden bestehen und häufiges Erbrechen gesellte sich dazu. Es würde dies wenig auffallend erscheinen, wenn nicht nachträglich von der Pflegerin die Mittheilung gemacht worden wäre, dass der Urin der Wöchnerin am 1. Tage »schwarz« gewesen sei. Leider war die Urinuntersuchung von ärztlicher Seite im festen Vertrauen auf die gerühmte Ungiftigkeit des Creolins unterblieben. Es liegt nahe, den geschilderten Zustand als Intoxikation aufzufassen, zumal das Aussehen der Wöchnerin durchaus nicht so anämisch war, um an sich die Erscheinungen zu erklären. Die darauf hin weitere regelmäßige Urinuntersuchung ergab allerdings keinen Anhalt für die Intoxikationsfähigkeit des Creolins. Indessen sollte dieser

Fall zunächst noch vor dem allzu festen Vertrauen auf die Ungiftigkeit des Creolins warnen.

Der 2. Fall betrifft eine Wöchnerin mit ausgedehnter Chorionretention, reichlichen, übelriechenden Lochien und Fieber. Aus den folgenden specificirten Angaben sei es Jedem überlassen, sich ein Urtheil über die Creolinwirkung zu bilden:

14. April Wendung und Extraktion, Zurückbleiben eines großen Theiles des Chorions.

Die nächstfolgenden Tage keine Störung.

17. April Abends 38,9, Lochien reichlich, nicht übelriechend, Leib wenig empfindlich. Scheidenausspülung mit 1%iger Creolinlösung. Abends 37,0.

18. April Morgens 37,0, Lochien und Leib wie oben. Abends 39,0. Scheidenausspülung mit 1%iger Creolinlösung.

19. April Morgens 37,5, Abends 37,3. Abgang von Eihautstücken. Lochien reichlich, übelriechend.

20. April Morgens 37,0, Abends 40,0. Lochien stark, sehr übelriechend. Uterusausspülung mit 2%iger Creolinlösung.

21. April Morgens 38,8, Uterusausspülung (2%ige), Abends 38,2, Uterusausspülung (2%ige), Lochien übelriechend.

22. April Morgens 37,0, Lochien übelriechend, Abends 40,2, Lochien übelriechend, Uterusausspülung.

23. April Morgens 37,3, Lochien übelriechend, daher Uterusausspülung. Abends 37,8, Lochien übelriechend, Uterusausspülung.

24. April Morgens 37,2, Lochien wenig übelriechend, Uterusausspülung.

Von hier ab kehren die Lochien zur Norm zurück, kein Fieber mehr.

Die Wirkung der Creolin-Uterusausspülungen scheint eine sehr prompte zu sein.

Schließlich wurde eine größere Reihe von Schrunden und Exkoriationen der Warzen mit $^1/_2$%igen Creolinumschlägen behandelt. Stärkere Lösungen verursachen meist Brennen. Hierbei hat sich kein Vortheil gegenüber den sonst üblichen Sublimatumschlägen geltend gemacht. Im Gegentheil — der einzige Fall von Mastitis im vergangenen Kursus kam bei Creolinbehandlung vor. Zu erwähnen wäre, dass die Kinder vor den mit Creolin behandelten Warzen keine Abneigung zeigen.

Das Resultat der mitgetheilten Untersuchungen ist in kurzer Fassung folgendes:

1) Das Creolin eignet sich zur Verhütung und Bekämpfung puerperaler Erkrankungen (in Form von Waschungen, Scheiden- und Uterusausspülungen etc.) eben so gut, wie die bisher gangbaren Antiseptica.

2) Dammrisse und Schleimhautverletzungen heilen unter der angegebenen Behandlung auffallend gut.

3) Schrunden und Exkoriationen der Warzen heilen unter $^1/_2$%igen Creolinumschlägen weniger gut, als unter Sublimatumschlägen (1 : 8000—10000).

4) Die Ungiftigkeit des Creolins ist noch nicht über allen Zweifel erhaben. Ferner hat sich herausgestellt: stärkere als 2%ige Lösungen verursachen auf Schleimhäuten und Körperstellen mit zarter Epidermis meist heftiges, anhaltendes Brennen bis zur Erythembildung.

Zur Desinfektion der Hände ist die 2%ige Creolinlösung entschieden angenehmer als Sublimat- oder Karbollösung. Störend ist die Undurchsichtigkeit der Creolinlösungen, wenn sie zum Einlegen von Instrumenten, besonders Nadeln, dienen soll. Außerdem werden elastische Katheter von Creolinlösungen eben so angegriffen, wie von Karbollösungen.

Die blutstillende Wirkung des Creolins haben wir nicht zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Eine willkommene Nebeneigenschaft des Creolins besonders für Anstalten dürfte es sein, dass Pediculi pubis durch 2%ige Lösung schnell getödtet werden.

Jedenfalls verdient das Creolin als verhältnismäßig billiges Antisepticum die Aufmerksamkeit der Geburtshelfer und ist es werth, dass weitere Versuche mit demselben angestellt werden.

(Aus der geburtshilflichen Klinik zu Breslau.)

II. Erfahrungen über das Creolin.

Von
Dr. Born, Assistenzarzt.

Es ist heut zu Tage angebracht, den so häufig auftauchenden Anpreisungen neu entdeckter Antisepticis mit einer gewissen Reserve gegenüberzutreten, da es sich im Laufe der Zeit herausgestellt hat, dass den meisten dieser Präparate nur eine ephemere Existenz beschieden ist. Hat sich doch bisher seit Einführung der Antisepsis in die Chirurgie und die ihr verwandten Disciplinen fast stets nach kurzer Zeit ergeben, dass die mit vielem Lärm in die Welt gesetzten Konkurrenten der Karbolsäure und des Sublimat vor letzteren Desinficientien nicht das mindeste an antibakteriellen Eigenschaften voraus hatten, dagegen alle Fehler mit denselben theilten. Wenn wir uns nun in neuerer Zeit doch wieder bewogen fühlten, an die Prüfung einer neuen Erscheinung auf dem Gebiete der antiseptischen Mittel heranzugehen, so hatte das seinen Grund in der Bemerkung, dass dem von uns ins Auge gefassten Desinficiens in allen bisher bekannten Veröffentlichungen ein Vorzug zuerkannt wurde, der thatsächlich den gebräuchlichen, energisch wirkenden Antisepticis zum größten Theile abgeht, nämlich den gänzlicher Gefahrlosigkeit. Da dem besagten Stoff, dem Creolin, außerdem gute Erfolge bei der Behandlung chirurgischer Krankheiten zur Seite stehen sollten, so schien er uns noch mehr einer eingehenden Untersuchung werth. Denn wenn es gelänge, einen sicher wirkenden, nicht ätzenden und nicht giftigen Stoff zu finden, so hätte dies für die Hebammenpraxis einen ganz enormen Werth. Gewiss ist es die Pflicht der Kliniken, bis dieser ideale Stoff gefunden ist, mit jedem neuen Desinficiens zu experimentiren.

Da jedoch aus den zur Zeit bekannt gewordenen bakteriologischen Untersuchungen über das Creolin hervorging, dass es an antiseptischer Kraft höchstens mit der Karbolsäure konkurriren könne, nicht aber mit dem Sublimat, so wurde bei seiner Anwendung in unserer Klinik von vorn herein eine gewisse Einschränkung beobachtet. Dieselbe ging dahin, dass wir das Creolin von der Desinficirung der Hände und der Instrumente ausschlossen. Denn weil uns bei der Prüfung des genannten Mittels vor Allem die Frage interessirte, ob es bei sichtbarem antiseptischen Resultate die Garantie gänzlicher Gefahrlosigkeit biete, so konnte uns bloß daran liegen, sein Verhalten bei Ausspülungen der Scheide und des Uterus, so wie bei seiner Verwendung zu Umschlägen etc. zu studiren. Rationell jedoch dünkte es uns, zur Desinfektion der Hände das zur Zeit immer noch souveraine Sublimat beizubehalten, während sich für die Desinfektion der Instrumente das Creolin auf den ersten Blick aus dem Grunde als ungeeignet erwies, weil Nadeln, Pincetten, Perforatorien, Zangen etc. in den gebräuchlichen Lösungen des Mittels in gänzliche Unsichtbarkeit gehüllt sind.

In der angegebenen Weise erfolgte die Anwendung des Creolins in unserer Anstalt bisher bei 124 geburtshilflichen Fällen, mit den sich anschließenden Wochenbetten. Die Beobachtungen begannen am 14. Februar c. und reichen bis zum 3. Mai.

Dabei ergab sich zunächst als Beleg für die antiseptische Wirksamkeit des Creolin das Resultat, dass der Gesundheitszustand der Wöchnerinnen ein sehr günstiger war und gegen die vorangängige Zeit bis zum September 1887 zurück, wo das Sublimat und die Karbolsäure die Funktion des Creolins verrichteten, jedenfalls keinen Unterschied bot. »Danach steht es unseres Erachtens außer Frage, dass mittels des Creolins in der Geburtshilfe für die Prophylaxe des Puerperalfiebers, so weit Scheiden- und Uterusausspülungen dabei in Betracht kommen, dieselben Erfolge zu erzielen sind, wie mit den übrigen in der Geburtshilfe gebräuchlichen Desinficientien.« Allerdings soll, wenn wir vorhin den Gesundheitszustand der Wöchnerinnen auf unserer Klinik unter der Creolinbehandlung als einen sehr günstigen bezeichneten, damit nicht gesagt sein, dass etwa alle von den

124 beobachteten Fällen gänzlich afebril verlaufen wären. Weiß doch Jeder, der längere Zeit die ärztliche Aufsicht über eine größere geburtshilfliche Abtheilung geführt, dass nach einer größeren Reihe gänzlich glatt verlaufener Wochenbetten ab und zu wieder ungefährliche Fälle mit mehr oder minder hohen Temperatursteigerungen selbst bei Durchführung strengster Karbol- und Sublimatantisepsis unterlaufen. Ganz besonders ist dies natürlich der Fall, wo der nie ganz sicher zu kontrollirende Faktor der Studirenden in Frage kommt, wie es für Kliniken zutrifft. Derartige sporadische Fieberfälle sind denn auch bei unserer Creolinprophylaxe vorgekommen. Bei ihnen trat nun das Creolin auch im Wochenbett in Aktion, je nach der Beschaffenheit des Falles in Form von Scheiden- oder Uterusausspülungen. Seine Wirkung stand, wenn man das post hoc ergo propter hoc hier anwenden darf, auch in diesem Punkte der des Karbols — das Sublimat ist in unserer Anstalt schon längere Zeit aus der Wochenbettbehandlung verbannt — nicht nach. Die angedeuteten Vorkommnisse mit Temperatursteigerungen kehrten nach den jeweiligen Creolinausspülungen binnen kürzester Zeit zur Norm zurück. Zu bemerken ist noch, dass unter den mit Creolin behandelten geburtshilflichen Fällen 10 enthalten sind, bei denen eine eingreifendere, das Innere des Genitalkanals in Mitleidenschaft ziehende Kunsthilfe nöthig wurde. Darunter sind 3 Fälle von größeren Cervixrissen gerechnet, die zwar bei spontanen Entbindungen vorkamen, aber eine größere Zahl von Nähten zu ihrer Vereinigung wegen Blutung erforderten, wonach regelmäßig intensivere Uterusausspülungen als angebracht erachtet wurden. Die zugehörigen Wochenbetten nahmen gänzlich ungestörten Verlauf. Von den übrigen 7 künstlich beendeten Entbindungen waren 4 Zangengeburten, von denen 3 schwieriger Natur waren; bei 3 Entbindungen musste Wendung und Extraktion in Anwendung gezogen werden. Die Zangengeburten waren solche, wo der Anlegung des Forceps eine sehr lange Geburtsdauer mit häufigen Untersuchungen voraufging; einer von diesen Fällen fieberte wenige Tage. Bei diesem war unter der Geburt eine excessive gonorrhoische Vaginitis vorhanden und zahlreiche Scheidenverletzungen entstanden. Die 3 Fälle von Wendung und Extraktion verliefen ohne Temperatursteigerung.

Die zu den Ausspülungen gebrauchten Lösungen waren 2%ige für Anwendung in der Scheide, für den Uterus 1 oder 2%ige. Scheidenausspülungen wurden unmittelbar nach jeder Geburt vorgenommen und, wo es nöthig schien, im Wochenbett wiederholt. Uterusausspülungen wurden stets dann sofort nach Beendigung der Entbindung vorgenommen, wenn Instrumente oder Hände mit dem Uterusinneren in Berührung gekommen waren, außerdem im Wochenbett in den oben angedeuteten Fällen.

In der Form von Umschlägen wurde die desinficirende Kraft des Creolins bei Dammwunden und Entzündungsprocessen der Mammae geprüft. Auch hierbei können wir nur bemerken, dass die Resultate denen bei der Karbolbehandlung dieser Zustände nichts nachgaben. Die Umschläge wurden mit 1%igen Lösungen applicirt, da die zuerst bisweilen versuchten 2%igen bei der dauernden Einwirkung, wie sie der Umschlagsform eigen ist, Brennen verursachten, verbunden des öfteren mit leichter Röthung der Haut. Im Ganzen aber gewannen wir den Eindruck, dass die Ätzwirkung der angewandten Creolinlösungen geringer ist, als die gleichwerthiger Karbollösungen. Dasselbe gilt übrigens auch nach unseren Beobachtungen für Scheidenausspülungen. Doch scheinen hier, wie ja auch von anderen Antisepticis bekannt ist, gewisse Idiosynkrasien ins Spiel zu kommen.

Außer der antiseptischen Wirksamkeit des Creolins verfehlten wir nicht, unsere Aufmerksamkeit auch einigen speciellen in der Litteratur von diesem Desinficiens gerühmten Vorzügen zuzuwenden. Doch konnten wir uns z. B. von seiner styptischen Kraft, so weit wir es bei größeren Blutungen ex utero zu beobachten Gelegenheit hatten, nicht recht überzeugen. Hingegen wollen wir rückhaltlos anerkennen, dass seine desodorisirende Wirkung eine große ist. Der Geruch des Creolins ist unserer Ansicht nach im Stande, nicht nur alle eitrigen und fauligen Gerüche, wie sie bei stinkenden Lochien und jauchigen Carcinomen, wo es nebenbei gesagt, bei uns ebenfalls schon angewendet wurde, vorkommen, zu überbieten,

sondern lässt auch die Gerüche der anderen riechenden Antiseptica, wie Karbol und Jodoform weit hinter sich. Letzterer Umstand ist eventuell geeignet, seine Einbürgerung in der Privatpraxis zu verzögern.

Auf eine günstige Seite des Creolin aber, welche uns gelegentlich der Scheidenausspülungen in ganz auffälliger Weise entgegengetreten ist und die unserer Erinnerung nach noch nirgends in der Litteratur gewürdigt worden ist, möchten wir doch ganz besonders die Aufmerksamkeit der Geburtshelfer lenken. Dieselbe besteht darin, dass das Creolin die Scheide äußerst glatt und schlüpfrig macht und ihr von ihrer natürlichen Dehnbarkeit nichts raubt. Sowohl nach Karbol- (3:100) wie ganz besonders nach Sublimatausspülungen (1:2000) ist uns noch jedes Mal die plötzlich eintretende Rigidität und Rauhigkeit der Vagina sehr unangenehm aufgefallen, besonders wo es sich um die Ausführung geburtshilflicher Operationen handelte, abgesehen davon, dass die Empfindlichkeit schon für das bloße Touchiren mit 2 Fingern eine größere war, als normal. Nach den Creolinausspülungen fanden wir, dass die Einführung der ganzen Hand zur Wendung keine größeren Schwierigkeiten bereitet, als bei der mit ihrem gewöhnlichen Schleim bedeckten Scheide. Diese Wahrnehmung ist, wie uns dünkt, für Alle, welche den Scheidenausspülungen vor der Geburt huldigen, sehr beachtenswerth.

Auch als einen, wenn gleich minder belangreichen Vorzug des Creolins möchten wir noch die milchähnliche Farbe seiner Lösungen hervorheben, welche eine Verwechslung mit anderen Substanzen erschwert. Die Verwechslung in der Privatpraxis mit Milch wiederum, wenn Jemand hieran denken wollte, ist durch den penetranten Geruch des Creolins ausgeschlossen.

Was nun schließlich das Resultat, zu dem wir in unseren Beobachtungen bezüglich der Harmlosigkeit des Creolins gelangt sind, betrifft, so müssen wir nach unseren klinischen Erfahrungen gestehen, dass wir bisher noch keinen Anlass zu einem Widerspruch gegen diese am Creolin gerühmte Eigenschaft gefunden haben. Unter den 124 von uns mit genanntem Stoff behandelten Fällen war nicht ein einziger, bei dem auch nur die Andeutung einer Intoxikation zu konstatiren gewesen wäre. Die Zahl 124 dürfte dabei ins Gewicht fallen, wenn wir bemerken, dass unter 162 geburtshilflichen Fällen, welche sich vom 1. Oktober 1887 bis 14. Februar 1888 in klinischer Behandlung befanden, 2 ziemlich schwere sogenannte Karbolzufälle bei intra-uteriner Spülung vorkamen. Seit dem 14. Februar, wo die Creolinbehandlung einsetzte und wo bei Weitem häufigere Uterusausspülungen vorgenommen wurden, wurde Derartiges nicht beobachtet.

Wir richteten jedoch bei unseren Beobachtungen unser Augenmerk nicht nur auf solche eventuell zu erwartende schwere Einwirkungen, sondern fahndeten auch auf die kleinen Warnungszeichen, wie sie z. B. beim Karbol in den Veränderungen des Urins gefunden werden. Da bei dem Stande der Frage nach der chemischen Zusammensetzung des Creolins stets der Verdacht nahe lag, dass dasselbe eine unreine Karbolsäure darstelle oder doch größere Mengen solcher enthalte, untersuchten wir in fast allen Fällen, wo mit dem Stoffe Uterusausspülungen gemacht worden waren, den Harn auf Phenole. Dabei bemerken wir zunächst, dass wir bei der bloßen Inspektion des nebenbei stets durch Katheterisation gewonnenen Urins nie mit Sicherheit etwas Ähnliches wie die bei Karbolurin auftretende Färbung konstatiren konnten. Bei der chemischen Probe, die wir nach der Baumann-schen Methode anstellten, erhielten wir allerdings regelmäßig deutliche Phenolreaktion in den untersuchten Urinen. Als Reagentien verwandten wir das Millon'sche Reagens und Bromwasser. Jedoch sprechen die erhaltenen Resultate weder zu Gunsten noch zu Ungunsten des Creolins. Der Kontrolle halber wurde nämlich der Harn der Kreißenden auch untersucht, bevor dieselben überhaupt mit Creolin in Berührung gebracht worden waren, und merkwürdigerweise ergaben die Proben regelmäßig auch dann schon einen mehr oder minder reichlichen Gehalt an Phenol, der oft dem nach der Uterusausspülung nichts nachgab. Selbstverständlich wurde jede Möglichkeit einer zufälligen Verunreinigung der Untersuchungsflüssigkeiten mit Karbolsäure aufs strengste vermieden. Zurückzuführen ist der besagte auffällige Befund wohl auf die im Puerperium so gewöhnliche Kothstauung, welche

eine Resorption der Phenole im Darme bedingt, deren Ausscheidung dann durch die Nieren in größerer oder geringerer Menge stattfindet. Dass dem so sei, dafür sprechen die Proben, die wir mit Urinen anstellten, welche am 3. Tage des Wochenbettes von Fällen gewonnen waren, die nur eine Scheidenausspülung mit Creolin unmittelbar nach der Geburt erhalten hatten, wo also die etwaigen Resorptionsprodukte des Creolins aller Annahme nach längst ausgeschieden sein mussten. Die Versuchspersonen waren wie gewöhnlich von der Geburt bis zum bezeichneten Termin vollständig obstruirt und die im Harn erhaltene ausgesprochene Phenolreaktion kann ohne Weiteres auf Rechnung dieses Umstandes gesetzt werden.

Der uns zugemessene Raum gestattet uns nicht, hier weiter auf diese Betrachtungsweise der Creolinwirkung einzugehen. Wir können nur nach dem Gesagten wiederholen, dass wir in keinem Falle bei unserer Anwendungsart des Creolins eine gefährliche Anhäufung giftiger Resorptionsprodukte im Harne nachzuweisen vermochten. Interessant wäre es jedenfalls, wenn weiterhin bei der Creolinbehandlung Intoxikationen noch auftreten sollten, den Urin alsdann ebenfalls einer eingehenden Untersuchung zu unterziehen, da unter solchen Umständen vielleicht andere Resultate erzielt würden.

Trotzdem wir nach diesen unseren Beobachtungen eine günstige Anschauung von der Wirkung des Creolins gewonnen haben, halten wir es doch für angezeigt, die Frage nach der Ungefährlichkeit dieses Stoffes als eine offene zu betrachten, zumal die chemische Zusammensetzung desselben noch keineswegs sicher gestellt ist und es zweifelhaft ist, ob man stets dasselbe Präparat vor sich hat.

Was den Ersatz des Sublimats zum Händewaschen der Studirenden bzw. Hebammen anbelangt, so wagen wir in unserer hygienisch ungünstigen Klinik nicht damit vorzugehen.

---

1) **W. His.** Die Entwicklung der ersten Nervenbahnen beim menschlichen Embryo.

(Archiv für Anatomie und Physiologie. Anat. Abthlg. 1887. Hft. 6.)

Die ersten Nervenfasern treten beim menschlichen Embryo während der vierten Woche auf und entstehen als Ausläufer von Gehirn-, Rückenmarks- und Ganglienzellen. In dem Centralorgan bildet sich, bevor sich die Nervenfasern ausgiebiger entwickelt haben, ein aus Ausläufern von Zellen gebildetes Gerüst, das sog. Neuro- oder Myelospongium. Dasselbe verhornt in der Folge und die Zweige anastomosiren unter sich. Es ist eine Art Stützgerüst, welches nach Verf. den Zweck hat, den intramedullaren Fasern ihren Weg vorzuschreiben. Sowohl am Gehirn als am Rückenmark unterscheidet H. eine lockere Mantelschicht von der dichteren Innenschicht. Die Neubildung von Zellen geht nach Altmann in der Nähe des Centralkanals vor sich, also in der Innenschicht. Die Nervenfasern werden in der Mantelschicht gebildet. Hier entsendet jede Zelle den Achsencylinderfortsatz. Zu dieser Zeit sieht man noch keinen einzigen verzweigten Fortsatz. Die Achsencylinder der dorsalen Markhälfte verlaufen von ihren Ursprungsstellen aus ventralwärts, ein Theil geht in die vordere Kommissur ein, ein anderer biegt in Längsstränge um. Der größte Theil der Achsencylinder der ventralen Markhälfte überschreitet die Oberfläche des Rückenmarkes und bildet die Wurzelbündel motorischer Nerven.

Das Gehirnrohr besteht aus zwei dicken Seitenwandungen, welche

ventralwärts durch die sog. Bodenplatte, dorsalwärts durch die Deckplatte verbunden sind. Die Deckplatte ist am schwächsten im Isthmus und im Mittelhirn, am stärksten entwickelt dagegen im Bereich der Rautengrube. Die ventrale Hälfte der Seitenwand nennt H. die Grundplatte, die dorsale die Flügelplatte. Sämmtliche Fasern motorischer Gehirnnerven entspringen aus Zellen der H.'schen Grundplatte des Gehirns. Am Rückenmark unterscheidet Verf. an den motorischen Zellen, die einen bandartigen Kern bilden, eine medioventrale Vorderhorn- und eine dorsolaterale Seitenhornzone. Im Gehirne erstreckt sich die Fortsetzung des motorischen Randkernes bis zum Rande des Ponsgebietes. Zu ihm gehören als besondere Abtheilungen: der Hypoglossus-, der Accessoriuskern und die motorischen Kerne vom Vagus und Glossopharyngeus. In der Nähe befindet sich der Facialiskern. Die Austrittsstellen der motorischen Fasern liegen vom Lendenmark ab bis zum Halsmarke in einer Längsreihe. In der Austrittsweise der motorischen Gehirnnerven sieht man überall die Bestätigung des Gesetzes, dass die Fasern den Bahnen geringsten Widerstandes folgen. Die sensiblen Nerven, der Nerv. acusticus und die Geschmacksnerven nehmen ihren Ursprung von den Ganglien und wachsen mit den centralen Wurzeln in das Gehirn und Rückenmark hinein. Die motorischen und die sensiblen peripherisch auswachsenden Fasern bilden kurze Stämme, die aus kernlosen Fädchen bestehen und an der Ursprungsstelle fibrillär gestreift sind. Zwischen den Nervenfasern sieht man nur hin und wieder parablastische Zellen. Je jünger der Nervenstamm, desto kürzer ist er. Alle sehen hell und durchsichtig aus. Die Nervenstämme haben fast stets kurz nach ihrem Hervortreten einen gestreckten Verlauf. Widerstände, die den Weg verlegen als Knorpel, Blutgefäße etc. lenken die Nerven von ihrer Bahn ab, ja sie können zu ihrer Theilung und Verzweigung führen. Die Medulla oblongata gelangt zuerst zur Ausbildung. Die intracentralen Nervenfasern laufen frei aus, die bis dato angenommene doppelseitige Verbindung mit Zellen hält H. für nicht wahrscheinlich.

Die einzelnen Widerstände, die den Nerven ihre Richtung angeben, seien keineswegs zufällige Vorkommnisse, es handele sich hier um einen Vorgang, der schon im Zeugungsakte vorausbestimmt sei. H. schließt seine interessanten Untersuchungen mit den Leibniz'schen Worten: Die Harmonie organischer Entwicklung ist eine prästabilirte. **v. Swięcicki** (Posen).

---

2) **Schlange.** Über sterile Verbandstoffe.

(Archiv für klin. Chirurgie 1888. Bd. XXXVI. Hft. 4.)

Verf. wies experimentell nach, dass die verschiedensten Verbandstoffe, als Jodoform-, Benzoe-, Karbol-, Salicyl- und Sublimatgaze, auf Mikroorganismen untersucht, keineswegs bakterienfrei sind, wie man anzunehmen berechtigt war. Der schwer kontrollirbare Kontakt der Verbandstoffe mit Luft beim Trocknen nach geschehener Imprägnation lässt Infektionskeime aufs Neue leicht in den Verband-

stoff eindringen. In der v. Bergmann'schen Klinik wird von jetzt ab auf die Imprägnirung der Gaze mit Sublimat verzichtet und man beschränkt sich lediglich auf die Sterilisirung derselben in dem Ritschel- und Henneberg'schen Sterilisationsapparate. Das Verbandmaterial wird nur auf diese Weise aseptisch und vollkommen steril gemacht. Die antiseptische Wirkung der Sublimatverbände beruhe, wie dies bereits Neuber und v. Bruns zeigten, nur auf der schnellen und ungestörten Verdunstung der Wundsekrete.

v. Święcicki (Posen).

---

3) **Th. Hansen** (Kopenhagen). Über das Verhältnis zwischen puerperaler Geisteskrankheit und puerperaler Infektion.

Kopenhagen 1888. 81 S.

Die Arbeit des Verf.s ist eine interessante Studie, deren Zweck ist, zu zeigen, dass die puerperale Infektion, welcher die meisten modernen Verfasser nur eine occasionelle disponirende Bedeutung neben anderen Kausalmomenten der puerperalen Psychosen zuschreiben, eine ganz andere reelle kausale Bedeutung hat. Während man früher darin übereinstimmte, dass es keine in symptomatischer Beziehung specifisch puerperale Psychose gab, beschrieb Fürstner 1875 eine solche unter dem Namen: Hallucinatorisches Irresein der Wöchnerinnen, eine Darstellung des Krankheitsbildes, wie dieses gewöhnlich vorkommt, die Verf. ganz acceptirt.

Verf. hat während seiner Wirksamkeit als Assistenzarzt theils an einer psychiatrischen Abtheilung, theils an der Entbindungsanstalt 49 Fälle von Puerperalpsychose gesammelt, von welchen er selbst 21 beobachtet hat. Unter diesen 49 Fällen waren Zeichen puerperaler Infektion in nicht weniger als 42 Fällen vorhanden gewesen; den Beweis hierfür hat Verf. mit großer Mühe durch Mittheilungen seitens der Ärzte und Hebammen gesammelt, welche die Kranken in privaten Verhältnissen behandelt hatten; für eine ganze Reihe war die puerperale Infektion vom Verf. selbst oder im Gebärhause direkt konstatirt. Von den 42 Fällen waren nicht weniger als 12 letal verlaufend. Diese (42) Fälle werden vom Verf. in einer Gruppe als »Infektionspsychosen« gesammelt, als deren Kennzeichen er also die akute hallucinatorische Verwirrung findet: dieselbe ist im Wesentlichen durch starke motorische Unruhe und Angstgefühl als Folge der Hallucinationen charakterisirt, mit Übergang zu einem Stupiditäts- oder Depressionsstadium, in welchem oft das erste Stadium exacerbirt. Zwischen Fieberdelirien im Puerperium und puerperaler Psychose setzt Verf. keine Grenze; wenn die letzte in einigen Fällen im febrilen Stadium, in anderen vor dem Auftreten des Fiebers, und wieder in anderen im postfebrilen Stadium auftreten kann, liegt es näher, eine gemeinsame Ursache zu derselben Wirkung zu suchen, also die Infektion, entweder Fieber vorhanden sei oder nicht. In den 7 Fällen, wo puerperale Infektion sich nicht nachweisen ließ, waren 2 Eklampsiefälle mit hallucinatorischer Verwirrung von kurzer

Dauer, die 5 anderen waren Psychosen anderer Natur (reine Melancholie, hysterische Manie etc.). Mit Ausnahme der Eklampsie will Verf. anderen ätiologischen Momenten keine große Bedeutung zuschreiben, das Hauptgewicht legt er, wie gesagt, auf die puerperale Infektion. Die Bedeutung hiervon in Bezug auf die Prophylaxe ist einleuchtend. **Ingerslev** (Kopenhagen).

4) **A. Stadfeldt** (Kopenhagen). Die Entbindungsanstalt Kopenhagens als Humanitäts- und Unterrichtsanstalt, 1787 bis 1887, nebst einleitenden Bemerkungen über die Entwicklung der Geburtshilfe in Dänemark.

Universitäts-Festschrift. Kopenhagen 1887.

Die Kopenhagener Entbindungsanstalt konnte im vorigen Jahre ihr 100jähriges Jubiläum feiern. Dadurch veranlasst, hat Verf. eine interessante Darstellung der Geschichte des Gebärhauses gegeben, namentlich in Bezug auf die Entwicklung des Unterrichtes der Hebammen und Ärzte. Das für die Anstalt eigenthümliche Filialsystem, welches namentlich in früheren Zeiten seinen großen Nutzen dargethan hat, muss jetzt, in Bezug auf die günstigen hygienischen Verhältnisse in der Anstalt, als obsolet betrachtet werden, nicht am mindesten, weil das große Material für den Unterricht verloren geht. Es ist daher ein Plan der nächsten Zukunft, eine neue Anstalt auf 100 Betten zu errichten. **Ingerslev** (Kopenhagen).

Kasuistik.

5) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 31. Januar 1888.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Lomer.

Zum Ehrenpräsidenten wird Herr Reusche, zum Vorsitzenden Herr Hotte, zum ersten Schriftführer Herr Schütz und zum zweiten Schriftführer Herr Lomer gewählt.

Herr Schütz demonstrirt 2 in toto ausgestoßene Eier aus der 25. bezw. 21. Woche von an Typhus abdominalis erkrankten Müttern. Die eine, Erstgebärende, abortirte am 14. Tage der Krankheit, an der sie 3 Tage später zu Grunde ging; die andere, IIpara, gebar die Frucht am 24. Tage der Krankheit, als sie schon einige Tage fieberfrei war.

Das Aussehen beider Früchte war vollkommen frisch, als ob sie während der Geburt abgestorben wären. Die Haltung des einen Fötus war die normale, bei dem anderen war das Kinn weit von der Brust entfernt, so dass die Haltung genau derjenigen bei Gesichtslage entsprach.

Für die Ursachen des Abortes in den vorliegenden Fällen haben sich bestimmte Anhaltspunkte nicht ergeben.

Herr Lomer meint, der Typhus sei nicht so oft von Abortus begleitet, wie dies die Lehrbücher angeben, speciell sei es nicht richtig, dass sehr hohe Temperaturen der Mutter nothwendig zum Abortus führten. Er citirt einen Fall, wo eine Schwangere im 4. Monat einen ungewöhnlich schweren Thyphus durchmachte, lange Zeit dauernd über 40° Temperaturen zeigte und einmal sogar eine von Herrn Dr. Strack nachgewiesene Temperatur von 41,5 hatte. Trotzdem ging die Gravidität ungestört bis zum Ende weiter und es wurde ein lebendes Kind geboren.

Herr Fränkel glaubt, eine normale Placenta lasse das Typhusgift nicht durch. Bei trächtigen Meerschweinchen, die er mit Typhusbacillen inficirte, fand er allerdings die Bacillen auch zuweilen in den Früchten, dann waren die Placenten aber auch nicht normal; so fanden sich Hämorrhagien in denselben. Menschliche Früchte und Placenten, die er von Typhuskranken untersuchte, ergaben makroskopisch und bakteriologisch keine gleichzeitige Erkrankung des Eies. Die Autoren, welche von Übergang des Typhus von Mutter auf Kind berichteten, hätten nichts über die gleichzeitige Untersuchung der Placenten mitgetheilt.

Herr Räther (Altona) meint, die Gefahr des Abortirens läge nicht in der Höhe der Temperatur, sondern in dem plötzlichen Ansteigen der Körperwärme. Daher sei Abortus bei Intermittens häufig, bei Typhus selten.

Herr Lomer demonstrirt ein Paar Gummihandschuhe, mit welchen er Entbindungen leitete, während er eiternde Furunkel an der Hand hatte. Die Untersuchung, speciell das Fühlen der Fontanellen ging damit sehr gut, auch das Anlegen einer Zange, eine Dammnaht und eine Kolporrhaphie ließen sich gut ausführen. Sehr mangelhaft war indessen das Gefühl, als es sich um eine Placentarlösung handelte. Wenn die zu fühlenden Theile weich sind und das Auge der manipulirenden Hand nicht zu Hilfe kommen kann, würden sich die Handschuhe wohl nicht anwenden lassen. Für den Arzt auf dem Lande, der mit eiternden Fingern häufig eingreifen muss, seien solche Handschuhe ein einfaches und beachtenswerthes Hilfsmittel. Herr L. behielt einmal dieselben 3 Stunden lang ununterbrochen an, ohne andere unangenehme Empfindungen an den Händen zu haben, wie ein erhöhtes Wärme- und Feuchtigkeitsgefühl.

Sitzung vom 14. Februar 1888.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Predöhl (als Gast) demonstrirt die Genitalien einer an Tubentuberkulose verstorbenen 61jährigen Frau. Dieselbe hatte 3mal geboren und war bis zum 48. Jahre menstruirt. Vor $1^1/_2$ Jahren erkrankte sie zuerst an Diarrhoe und Schmerzen in der linken Unterleibsgegend. Die Untersuchung hatte nichts Positives ergeben. Nach 3wöchentlichem Aufenthalte im Krankenhause war unter Fieber und eitrigem Ausfluss Meningitis und Exitus eingetreten. Es besteht beiderseits käsige Salpingitis, der Uterus, sehr brüchig, zeigt gutartige hyperplastische Wucherungen des Endometriums. Tuberkelbacillen wurden hier nicht nachgewiesen. Da das Peritoneum frei von Tuberkulose war, sieht Herr P. den Fall als beweiskräftig an für die primäre Entstehung der Tuberkulose in den Tuben, der Cohnheim'schen Auffassung zuwider, wonach die Tubentuberkulose als ein vom Peritoneum her fortgeleiteter Process aufzufassen wäre. Außer in den Tuben waren Tuberkel in den Meningen, Chorioidea und in der Leber nachweisbar.

Herr Lomer demonstrirt 2 menschliche Eier aus der 6. resp. 7. Woche.

Herr May berichtet über Fälle aus der Praxis, wo Hebammen sich grobe Unterlassungsfehler resp. Überschreitungen ihrer Befugnisse zu Schulden kommen ließen und stellt die Frage zur Diskussion, auf welche Art und Weise eine Belehrung resp. Verbesserung unseres Hamburger Hebammenmaterials sich erreichen lasse.

Auf Antrag der Herren Strack und Lomer wird eine Kommission ernannt behufs Aufstellung eines Gesuches an das Hamburger med. Kollegium, dahin gehend, dass den sämmtlichen Hebammen Hamburgs die von Dr. G. Winter in Berlin redigirte allgemeine Hebammenzeitung vom Staat unentgeltlich geliefert werde.

Sitzung vom 28. Februar 1888.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Lomer demonstrirt 2 durch Totalexstirpation gewonnene carcinomatöse Uteri.

Das eine Präparat ist desshalb interessant, weil es ein Carcinom in dem allerfrühesten Stadium repräsentirt. Es handelte sich um ein Ulcus, welches, da es nach Anwendung der üblichen Mittel nicht ausheilte, vielmehr zu starken Blutverlusten Veranlassung gab, Herrn L. bestimmte, eine Auskratzung und mikro-

skopische Untersuchung der entfernten Stücke vorzunehmen. Letztere ergab ein beginnendes oberflächliches Carcinom der Cervixschleimhaut, eine Diagnose, die Herr Dr. C. Ruge in Berlin die Freundlichkeit hatte, aus dem mikroskopischen Präparat zu bestätigen. Die Operation gelang ohne Schwierigkeit und dürfte dies ein für die Aussicht auf dauernde Heilung ganz besonders günstiger Fall sein.

Im anderen Falle handelte es sich um einen Fall von Carcinomknoten der vorderen Cervixwand mit Perforation und Ulceration nach dem vorderen Scheidengewölbe. Da die Parametrien sich frei fanden und der Uterus gut beweglich war, entschloss sich Herr L. zur Operation. Das Carcinom war indess flächenhaft bereits auf die Blase übergegangen, so dass diese breit verletzt wurde, und nach vorn zu nicht im Gesunden operirt wurde. Die Kranke starb am 6. Tage unter urämischen Erscheinungen, trotzdem die Blasennaht gut hielt. Herr L. vermuthet, einen Ureter verletzt zu haben.

Derartige Fälle seien recht schwierig zu beurtheilen betreffs der Frage: soll man operiren oder nicht. Bisher hat man sich nur an das Ergriffensein der Parametrien und der Vagina resp. an die Beweglichkeit des Uterus gehalten. Es giebt heut zu Tage kein diagnostisches Mittel, um die Betheiligung der Blase zu erkennen. Herr L. stellt daher die Frage, wie andere Mitglieder der Gesellschaft in Bezug auf das Ergriffensein der Blase sich helfen, wenn sie die Parametrien frei und den Uterus beweglich finden.

Herr Staude weiß auch kein sicheres Mittel, um das Ergriffensein der Blase zu erkennen. Im ersten Fall, den er operirte, hatte er den Ureter rechts verletzt und desshalb einen Drain in die Bauchhöhle gelegt. Derselbe perforirte später in die Blase aber zu einer Zeit, wo das Operationsfeld nach der Bauchhöhle hin bereits abgekapselt war. Später machte Herr S. erfolglose Versuche, die Ureterenfistel zu heilen. Die Kranke starb nach $^3/_4$ Jahren.

Herr Curschmann schlägt vor, in solchen Fällen die Urethra vorher zu dilatiren und eine Digitalexploration der Blase vorzunehmen behufs Untersuchung der Verschieblichkeit der Blasenschleimhaut über das Carcinom.

Herr Staude meint, das Maßgebende, ob man operiren soll oder nicht, müsse doch das Verhalten der Parametrien bleiben. Nur wenn die Blasenschleimhaut ganz fest mit dem Carcinom verwachsen ist, könne man die Betheiligung derselben durch Digitalexploration der Vesica nachweisen.

Herr Lomer glaubt auch, dass die Blasenexploration von geringem praktischen Nutzen sein dürfte. Vielleicht dass die verschiedenen Formen von Carcinom sich in dieser Beziehung verschieden verhalten. Es wäre z. B. möglich, dass das primäre Carcinom der Cervixwand mehr Neigung hat auf die Blase überzugehen, wie das Carcinom der Cervixschleimhaut oder umgekehrt und dass daraus Schlussfolgerungen auf die muthmaßlichen Verhältnisse der Blase sich ziehen ließen.

Herr Curschmann glaubt doch, dass die Exploration der Blase in solchen Fällen sich verwerthen ließe, namentlich wenn man bimanuell von der Vagina und der Blase aus untersuche.

Herr Räther (Altona) konnte in einem Falle von Carcinom, komplicirt mit Cystocele, durch Einstülpung der Blasenwand erkennen, dass der Process auf die Vesica übergegangen war. Er will bei Uterusexstirpationen erst die Blase frei präpariren; wird dieselbe dabei von Carcinom ergriffen befunden, dann will er, und zwar vor Eröffnung des Peritoneums, von der Operation abstehen.

Herr Fränkel macht auf die von Landau beschriebenen Veränderungen der Uterusschleimhaut bei Cervix- und Portiocarcinom aufmerksam. Es seien keine irritativen Processe, sondern Veränderungen, die am meisten mit Sarkom Ähnlichkeit haben. Vom pathologisch anatomischen Standpunkte aus sei es daher richtig, bei Cervixcarcinomen den ganzen Uterus zu entfernen.

Herr Fränkel demonstrirt als zufälligen Sektionsbefund bei einer alten Frau einen Uterus mit einer vom Endometrium ausgehenden bohnengroßen, mit cystischen Hohlräumen durchsetzten Prominenz. Derartige kleine Tumoren, von denen es schwer sei, zu sagen, ob es sich um Neubildung, oder um chronisch entzündliche Processe handelt, habe er mehrfach gefunden, zuweilen sogar multipel. Würde

man mit dem scharfen Löffel ein Stück davon entfernen, so würde man mikroskopisch das Bild des benignen Adenoms daraus erhalten.

---

6) **Velits** (Pest). Zwei Fälle von Cervicalmyomen.

(Sitzungsbericht der k. Gesellschaft der Ärzte in Pest 1888.)

Operative Heilung in beiden Fällen durch die Entfernung der Tumoren per vaginam erzielt. Krankheitsdauer 55 resp. 25 Tage.

v. Buschmann (Wien).

7) **Breisky** (Wien). Laparotomie wegen Graviditas extra-uterina.

(Sitzungsberichte der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien 1887. November 25.)

Das Kind wurde lebend entfernt, war zwar asphyktisch, erholte sich aber bald; der Sack, der vom rechten Ligamentum latum ausging, wurde nach Abtrennung vom Peritoneum mittels Massenligatur abgebunden und abgetragen, worauf derselbe noch aus dem Mesocoecum losgeschält wurde. Schließlich wurden die Deciduafetzen entfernt und die Bauchwunde wurde genäht.

Es ist dieser Fall, wie Verf. bemerkt, der einzige in der Litteratur, in dem bei lebender Frucht der ganze Fruchtsack entfernt wurde. Bei Extra-uterin-Schwangerschaften mit abgestorbener Frucht räth B. nicht allzu spät zu operiren, um die vollkommene Lithopädionbildung zu verhindern, da in diesem Stadium dann der Fruchtsack mit seiner Umgebung allzu eng verwachsen ist.

v. Buschmann (Wien).

8) **Gilbert D. Gregor** (Park City). Fall von extra-uteriner Schwangerschaft.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. August. p. 818.)

Bei einem Falle von zweifelloser (?) Extra-uterin-Schwangerschaft im 4. oder 5. Monat wandte G. konstanten Strom an, 6—18 Zellen (genauer ist die Stärke nicht angegeben, Ref.), 10 Minuten lang während 10 Tage. Danach trat rapide Besserung ein. Die Absonderung aus dem Uterus ließ nach, Schmerzen, Spannung, Anschwellung des Unterleibes verschwanden, so dass »3 Wochen nach der ersten Anwendung des elektrischen Stromes nichts von der Anschwellung des Unterleibes zurückblieb, als eine kleine Geschwulst an der rechten Seite, welche sich als Fundus uteri erkennen ließ«. **Engelmann** (Kreuznach).

9) **v. Rokitansky** (Wien). Zur Kasuistik der Laparotomie bei Peritonitis tuberculosa.

(Allg. Wiener med. Zeitung 1887. No. 45.)

1) Bei der 25jährigen Frau war die Diagnose auf Cystovarium gestellt worden, und erst die Operation ergab das Bestehen der Bauchfelltuberkulose. Nach sorgfältiger Toilette Verschluss der Bauchwunde. Guter Wundverlauf; Tod der Pat. nach $2^1/_2$ Monaten an chronischer Tuberkulose.

2) Früher gesundes, erblich nicht belastetes 22jähriges Mädchen. Diagnose wahrscheinlich Ovarialtumor; die Laparotomie ergiebt Tuberkulose des Peritoneums. Toilette und Verschluss wie oben; nach drei Wochen entlassen; seither — über 2 Jahre — vollständiges Wohlbefinden. **v. Buschmann** (Wien).

10) **John Alsdorf** (New York). Peritonitis als Metastase des Rheumatismus articulorum acutus.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Oktober. p. 1032.)

Die 40jährige Pat. erkrankte am 3. Tag nach einer normalen Entbindung an Gelenkrheumatismus, welcher sich zuerst im linken Knie zeigte und nach und nach die meisten Gelenke ergriff. Am 8. Tag traten Erscheinungen heftiger Peritonitis hinzu. **Engelmann** (Kreuznach).

11) **L. Heitzmann** (New York). Differentielle Diagnose zwischen Endometritis fungosa und Geschwülsten der Uterusschleimhaut.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. September. p. 897.)

Die tüchtige Arbeit wird in folgenden Thesen resumirt.

1) Endometritis fungosa charakterisirt sich mikroskopisch durch die Anwesenheit von Utriculardrüsen in größerer oder geringerer Anzahl, deren Flimmerepithelien unverletzt sind.

2) Bei derselben kann das Zellgewebe zwischen den Drüsen entweder mit Lymphzellen angefüllt sein, oder von myxomatösem oder selbst fibrösem Bau. Der Unterschied hängt wahrscheinlich vom Alter der Pat. ab.

3) Polypöse Geschwülste bestehen aus myxomatösem Gewebe manchmal mit Bündeln zarten fibrösen Gewebes. Drüsenbildungen fehlen oder sind sehr sparsam, häufig kommen Cystenbildungen vor.

4) Sarkom tritt im frühen Stadium unter dem Bilde der fungösen Endometritis auf, die Diagnose ist nur dann möglich, wenn die Epithelien der Drüsen zerstört sind.

5) Bei demselben sind die letzteren in Sarkomkörperchen umgebildet, entweder direkt durch Theilung, oder indem sie sich zuvor in eine granulär protoplastische Masse auflösen.

6) Papillome kommen in derselben Weise wie in der Blase vor; sie sind äußerst selten.

7) Adenom ist selten, manchmal tritt es auf unter dem Bilde der fungösen Endometritis. Es besteht aus Neubildung von Drüsen, eng und durch einander verfilzt. Das Stützgewebe ist dünn und fibrös.

8) Krebs kommt als Epitheliom, adenoide und medullare Carcinome vor. Die Drüsen sind nicht direkt in Krebsnester umgebildet, sondern die Epithelien derselben schmelzen in Medullarkörperchen oder Lagen von Protoplasma, aus welchen die Krebsepithelien entstehen. **Engelmann** (Kreuznach).

12) **Junius C. Hoag** (Chicago). Puerperalfieber und seine Behandlung.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. August. p. 828.)

Eine eingehende, abgerundete Darstellung der heutigen Ansichten über Wochenbettfieber. Dieselbe wird hoffentlich dazu beitragen, den bei uns überall acceptirten Lehren von Semmelweiß auch jenseits des Oceans neue Freunde zuzuführen. Sehr angenehm berührt die Wärme, mit welcher der Verfasser die Verdienste von Semmelweiß in den Vordergrund stellt.

Engelmann (Kreuznach).

13) **R. A. Kinloch** (Charleston). Zwei Laparotomien bei derselben Kranken.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Juli. p. 721.)

Die erste wurde wegen Eierstockscyste, die zweite 8 Monate später wegen einer Cyste des Netzes gemacht. Heilung verlief beide Mal ohne Zwischenfall. Interessant war, dass einige Monate nach der ersten Operation Pat. an Erscheinungen von Blasenstein erkrankte, und nach einiger Zeit einen solchen entleerte. An demselben war deutlich zu erkennen, dass sein Kern durch eine Seidenligatur gebildet wurde. Wie dieselbe in die Blase gelangt, erscheint unerklärlich, da dieselbe während der Operation nicht verletzt worden war.

Engelmann (Kreuznach).

14) **F. C. Fernald** (Washington). Puerperale Geistestörungen.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Juli. p. 714.)

F. bemerkt, dass es erstaunlich sei, wie wenig sich darüber in den Büchern, welche in den Händen des Arztes sind, zu finden sei, er will daher zusammenstellen, was wir darüber wissen. Bei der Ätiologie spielt Heredität eine große Rolle; fast sämmtliche Kranke sind blutarm, schlecht genährt; moralische Ein-

flüsse spielen eine große Rolle, einen großen Procentsatz stellen unverheirathete Mütter.

Die puerperale Manie zeigt sich unter den 3 Formen: als akute Manie, Melancholie und Dementia. Sie unterscheiden sich nicht von den gleichen Formen außerhalb des Wochenbettes. Die Prognose ist ziemlich günstig, die Behandlung die gewöhnliche. **Engelmann** (Kreuznach).

15) **Henry Fruitnight** (New York). Enfernung einer Haarnadel aus dem schwangeren Uterus.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Juni. p. 587.)

Die Haarnadel war von einer Schwangeren im 2. Monate auf Rath einer weisen Frau behufs Einleitung des Abortus eingeführt worden. Dieselbe war an dem einen Ende gekrümmt; das Einführen gelang leicht, beim Herausziehen hakte sich das gekrümmte Ende ein und konnte trotz aller Anstrengung von der Kranken nicht entfernt werden. F. gelang es in der Narkose unter Anwendung großer Gewalt mit einer festen Zange die Nadel unter starker Blutung herauszubefördern, wobei dieselbe sich gerade bog. Gegen Erwarten trat kein Abortus ein.

Engelmann (Kreuznach).

16) **Robert P. Harris** (Philadelphia). Zerreißung des Abdomen und schwangeren Uterus durch das Horn eines Ochsen.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Juli. p. 673.)

Äußerst traurig waren die Resultate des Kaiserschnittes bis zur Einführung der Methode nach Sänger. Da ist es nun interessant zu konstatiren, dass die Ochsen resp. Kühe bei ihren Eröffnungen des schwangeren Uterus mittels des Hornes unendlich viel bessere Resultate erzielt haben, denn bei 9 Fällen solcher schweren Verletzungen sind nicht weniger als 5 Mütter und 5 Kinder gerettet worden. H. hat die Fälle in der Litteratur gesammelt und zusammengestellt; es würde zu weit führen, dieselben, so interessant sie sind, hier auch nur kurz anzuführen. Wir müssen den Leser, der sich dafür interessirt, auf das Original verweisen.

Zum Schluss spricht H. seine Ansicht aus, dass solche Fälle beweisen, dass der Kaiserschnitt am meisten durch zu langes Abwarten, oder unpassende, vorausgegangene Entbindungsversuche verhängnisvoll werde.

Engelmann (Kreuznach).

17) **Elisa Mosher** (Brooklyn). Reposition des Uterus in der Kniebrustlage mit Hilfe der ausströmenden Luft.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Oktober. p. 1028.)

M. giebt ein Verfahren an, auf welches sie durch Zufall gekommen und welches ihr vielfach gute Dienste geleistet hat. Sie lässt die Kranke aus der Kniebrustlage sich langsam in die Rückenlage begeben, während sie die Hand in der Scheide, die Finger am Cervix uteri hat. Die Luft in der Scheide wird durch die Hand zurückgehalten und erst bei Rückenlage wird die Luft herausgelassen, während der Finger den Cervix in Lage hält. Der Erfolg soll ein überraschender sein.

Engelmann (Kreuznach).

18) **Robert Harris** (Philadelphia). Ein zehnter Fall von Kaiserschnitt durch Verletzung mit dem Horn eines Ochsen verursacht.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Oktober. p. 1033.)

Anknüpfend an seinen Aufsatz in der Julinummer dieses Blattes theilt H. einen weiteren interessanten Fall mit, welcher in Heilung endete. Derselbe betraf eine indianische Frau, welche mit ihrem Stamm auf der Büffeljagd begriffen war. Ein Bison riss der Frau den Leib auf, das Kind war auf das Horn aufgespießt. Die Frau wurde nach indianischer Weise behandelt, d. h. auf die Wunde wurden mehrere Lagen nassen Thones untermischt mit Pflanzenfasern bis zur Dicke von 2 Zoll gelegt. Ob und wie oft dieser Verband erneuert wird, ist nicht mitgetheilt. Es trat Heilung ein. **Engelmann** (Kreuznach).

19) **A. Kelly** (Philadelphia). **Perineale und Ovariotomie-Kissen.**

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Oktober. p. 1029.)

Unter obiger, etwas eigenthümlicher Aufschrift beschreibt K. Gummiunterlagen mit aufblasbarem Rand in der Form von Luftkissen, welche die Durchnässung der Kranken verhindern und zugleich eine bequeme Lagerung und reichliche Anwendung von Flüssigkeit gestatten. Das perineale Kissen ist viereckig, das für Ovariotomie rund. Dieselben scheinen recht praktisch zu sein.

Engelmann (Kreuznach).

20) **Peruet** (Rambervillers). **Ausgetragene Zwillingsschwangerschaft, Geburt dreier lebender Kinder.**

(Lyon méd. [12. Juni 1887] nach Bull. méd. des Vosges 1887. Januar.)

Frau, 39 Jahre alt, gebiert spontan 2 Kinder (Knabe und Mädchen von 2950 und 2500 g), das dritte (Knabe) 1600 g, künstlich beendete Steißgeburt. 2 Placenten, eine von 375 g, die andere genau das Doppelte; starke Nachblutung. Wochenbett normal; Kinder nach 3 Monaten noch alle 3 frisch und munter.

Zeiss (Erfurt).

21) **Samuel Busey** (Washington). **Einige seltene klinische Beobachtungen aus der geburtshilflichen Praxis.**

(Amer. journ. of obstetr. 1887. September. p. 920.)

Der erste Fall betrifft eine IIIpara, deren Geburt im Übrigen normal verlief, bei welcher sich nach Eröffnung der Blase ziemlich hoch oben die Eihäute in Form einer zweiten Blase an den Kopf anlegten und eine genauere Untersuchung unmöglich machten. Im zweiten Fall handelte es sich um eine mächtig verlängerte Fruchtblase, welche zwischen den äußeren Schamtheilen wurstartig hervorragte. Bei der Eröffnung derselben fand B. zu seinem Erstaunen, dass ein Fuß vorlag. Vorher war eine genaue Diagnose der Lage der Frucht versäumt worden. B. macht darauf aufmerksam, dass die Form der Blase verschieden ist, je nach der Lage der Frucht. Bei Vorfall einer Extremität sei sie stets oblong. Er erinnert an den Auspruch der Lachepelle, dass sie niemals Bedenken hatte, wenn die Blase flach war, indem sie damit sagen wollte, dass sehr starke Hervorwölbung derselben fast stets ungünstige Lagenverhältnisse anzeigt.

Eigenthümlich sind die folgenden 2 Fälle. Bei dem ersten wurde Ausdehnung der Harnblase für Puerperalperitonitis angesehen. Fieber fing am 4. Tag des Wochenbettes an, am 7. betrug es 40°; dabei bestanden Delirien. Aus der Blase wurden 2 Liter Urin entleert. Tod nach 12 Stunden. B. ist der Ansicht, dass in Folge der Urinretention akute Urämie eintrat, daher die Überschrift. In dem zweiten war die Blase stark durch Urin ausgedehnt, es gelang jedoch nur geringe Mengen Urin zu entleeren. Erst nach der Geburt wurde die Blase vollständig entleert.

Mit dem Ausdruck Cystocolpocele führt er einen neuen Namen in die Gynäkologie ein; derselbe soll für Cystocele vaginalis eintreten. Schön klingt er jedenfalls nicht. Er berichtet über einen solchen angeblichen Fall, welcher Schwangerschaft komplicirte, es handelt sich hier aber einfach um eine stark ausgedehnte Blase, welche sich in die Scheide vorwölbte und die richtige Diagnose erschwerte, da der Weg zum Muttermund vollständig verlegt war und die Pat. durchaus nicht über Urindrang klagte.

Weiter erzählt B. eine Verletzung des Beckens durch den stumpfen Haken bei Steißgeburt, welche günstig verlief, und 2 Fälle von Irrthum bei Anwendung von Arzneien.

Engelmann (Kreuznach).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 21. **Sonnabend, den 26. Mai.** 1888.

I. Ein neues Untersuchungsverfahren.

Von
Dr. Mendes de Leon,
Privatdocent für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität in Amsterdam.

Bei einer Kastration (Myoma uteri), welche ich kürzlich vorzunehmen hatte, wollte es mir, indem Darmschlingen sich andauernd vordrängten, so wie dadurch, dass dem Uterus eine Anzahl kleiner Myome aufsaßen, nicht gelingen die Ovarien aufzufinden. Herr Dr. Korteweg, welcher der Operation beiwohnte, veranlasste mich, das von Trendelenburg[1] angegebene Verfahren, welches bei der Exstirpation von Blasentumoren in bequemer Weise das Operationsfeld freizulegen bezweckt, im gegebenen Falle versuchsweise zu benutzen. Die Methode besteht darin, dass Pat. in eine Lage gebracht wird, bei der sich das Kopfende seines Körpers dem Lichte zugewendet und um ein Bedeutendes tiefer als das Becken befindet. Es wird dabei die Höhelage des Beckens dadurch erreicht, dass man die Beine des Pat. bei Genuflexion über die Schultern einer Hilfsperson legt, welche dem Kranken den Rücken zukehrt. Man erreicht dadurch, dass die Gedärme sofort gegen das Zwerchfell zurücksinken, die eröffnete Blase verbleibt klaffend und gerade diejenige Stelle, an welcher sich Tumoren der Blase vorzugsweise zu bilden pflegen, das Trigonum Lieutaudii, wird dem Auge wie dem Instrument leicht zugänglich. Diese Trendelenburg'sche Methode habe ich in meinem vorgenannten Falle mit überraschendem Erfolge angewendet. Unmittelbar nachdem die vorgeschriebene Stellung eingenommen war, sanken die Gedärme zurück, und es fand

[1] Beschrieben von Dr. Willy Meyer im Archiv für klin. Chir. Bd. XXXI. p. 514.

sich nunmehr, dass die beiden vergrößerten Ovarien, welche ihrer Umgebung fast vollkommen adhärirten, tief im kleinen Becken versteckt lagen. Dieselben auszuschälen machte weiter keine Schwierigkeiten. Hingegen trat, nachdem wir den blutreichen angeschwollenen Stiel rechts doppelt unterbunden und mit Pacquelin getrennt hatten, eine ziemlich heftige arterielle Blutung ein. Auch dabei bewährte sich wiederum das erwähnte Verfahren in vorzüglichster Weise, indem unter den gegebenen Umständen offenbar selbst in der Tiefe des Beckens die spritzenden Gefäße deutlich zu erblicken waren und daher mit Leichtigkeit isolirt unterbunden werden konnten.

Ich bin nun auf den Gedanken gekommen, die beschriebene, ursprünglich für die Operation bestimmte Beckenlage auch für die gynäkologische Untersuchung zu verwerthen; in jenen Fällen namentlich, wo in Folge starker Tympanitis die im kleinen Becken gelegenen Organe so schwer durchfühlbar sind.

Meine Erwartungen wurden auch diesmal von dem erzielten Resultate übertroffen. Nicht nur lagerten nämlich die Gedärme sich dem Zwerchfell an, sondern es zeigte sich obendrein, dass die Pat. in der betr. Lage fast nicht im Stande ist, ihre Bauchmuskeln anzuspannen. Aus dem Mitgetheilten ergiebt sich wohl schon ohne Weiteres der große Nutzen, welchen diese Explorativmethode darbietet. Es dürfte dieser zunächst darin zu erblicken sein, dass sich die Anwendung der Narkose behufs Untersuchung auf einige wenige specielle Fälle (etwa große Schmerzhaftigkeit des Abdomens) nunmehr einschränken ließe, d. h. mit anderen Worten für die Praxis: Es ermöglicht das obige Verfahren auch innerhalb der Sprechstunde (mit ihrer kurz bemessenen Frist und fehlender Assistenz) eine vollständige Diagnose zu stellen. Denn die Hilfsperson dürfte sich leicht entbehren lassen. Es genügt zur Untersuchung vollkommen das Becken mit aufwärts gerichtetem Ausgang einer schiefen Ebene anzulegen. Also z. B. dem Rücken einer Chaise longue, auf welcher Pat. derart Platz nimmt, dass sich das Becken dort befindet wo etwa sonst der Kopf seine Stelle zu haben pflegt, während sie die Beine über den oberen Rand des Stuhlrückens legt; die flektirten Unterschenkel erhalten dabei in der Kniekehle von dem Kamm der Lehne eine Stütze.

Erfreulich würde es mir sein von anderer Seite dieses Verfahren geprüft und meine Ansicht über den Werth desselben bestätigt zu finden. Ich will Obigem noch hinzufügen, dass ich zur Kontrolle auch von in der gynäkologischen Explorationstechnik Ungeübten auf diese Art die Untersuchung habe vornehmen lassen. Dieselben waren erstaunt, mit welcher Sicherheit die dem kleinen Becken zugehörigen Organe vermittels Abtasten sich erkennen ließen. Einer der Herren war sogar bei dieser Gelegenheit zum ersten Male im Stande gewesen, das normale Ovarium durch das Tastgefühl mit Bestimmtheit zu eruiren.

II. Ein Fall von Milzexstirpation.

Von

Prof. Dr. C. **Liebman** in Triest.

E. M., eine 28jährige, friauler Bäuerin, seit dem 13. Jahre regelmäßig menstruirt, hat keine schwere Krankheiten, namentlich nie Wechselfieber, überstanden; in ihrem 21. Jahre verheirathet, hatte sie eine Fehlgeburt im ersten Jahre ihrer Ehe, dann zwei normale Geburten, die letzte im Mai 1885; ihre Kinder stillte sie selbst. Seit dem letzten Wochenbette bemerkte Pat. links unter dem Nabel eine harte Geschwulst, die lange stationär blieb und Anfangs keinerlei Beschwerden verursachte. Etwa 5 Monate vor Aufnahme der Frau im hiesigen städtischen Krankenhause fing die Geschwulst zu wachsen an und wurde so lästig (Schmerzen, Ziehen, namentlich bei Bewegungen), dass Pat. vollständig arbeitsunfähig wurde und desshalb die Entfernung des Tumors verlangte.

Status praesens am 25. November 1887. Blasse, schwächliche, mittelgroße Frau mit anämischen Schleimhäuten. In den Brustorganen keine Anomalie. Leberdämpfung normal. Die Milzdämpfung schien vorhanden, erstreckte sich in der

Axillarlinie von der 8. bis zur 10. Rippe und hatte einen Längsdurchmesser von etwa 7 cm. Bauch aufgetrieben durch einen auf dem Beckeneingange ruhender, in der Mitte leicht eingekerbten, rund-länglichen, kleinmannskopfgroßen Tumor mit glatter Oberfläche, der etwas mehr nach links von der Körpermittellinie gelagert war. Der Tumor war entschieden intraperitoneal, nach allen Richtungen beweglich, sowohl rechts als links bis zum Rippenbogen zu bringen, nicht aber unter denselben zu schieben. Die mäßig fettreichen Bauchdecken waren auf demselben ohne Reibungsgeräusch verschiebbar. Auf dem Tumor waren deutliche systolische Blasegeräusche zu vernehmen. Uterus normal beweglich, leicht retrovertirt; das linke Ovarium deutlich zu fühlen, nicht aber das rechte. Die seitlichen Bewegungen der Geschwulst machte der Uterus in so weit mit, dass, wenn man dieselbe gegen rechts verschob, der Fundus uteri deutlich nach jener Seite gedrängt wurde; dagegen bewegte sich die Gebärmutter kaum, wenn der Tumor nach links gezogen wurde. Beim Heben der Geschwulst verharrt die Gebärmutter in ihrer Lage. Die Harnsekretion war quantitativ und qualitativ normal. Der Appetit sehr mäßig, bei ungestörter Verdauung.

Man stellte die Diagnose auf eine feste Neubildung des Netzes oder des Eierstockes und wartete die Regeln ab (die am 30. November erschienen und am 6. December aufhörten), um die Laparotomie vorzunehmen.

Operation am 13. December. Bauchschnitt in der Linea alba, etwa 18 cm lang. Das Peritoneum erschien sehr dünn und durchsichtig; nach Eröffnung der Peritonealhöhle stieß man auf das große Netz, welches enorm erweiterte Gefäße zeigte und den ganzen durch die Bauchwunde zugänglichen Theil der Geschwulst bedeckte. Ich ging gleich mit der Hand in die Bauchhöhle ein und tastete den Uterus und die beiden sehr atrophischen Ovarien ab, die mit der Geschwulst in keinem Zusammenhange standen. Der Tumor war leicht aus der Bauchhöhle herauszuheben, er erwies sich als die etwa auf das Vierfache vergrößerte Milz, die mit ihrer konvexen, innig mit dem Netze verwachsenen Fläche nach vorn sah. Nach Unterbindung des Netzes und Resektion eines ziemlich großen Stückes desselben wurde das Ligamentum phrenico-lienale zwischen 2 Ligaturen abgetragen. Der kleinfingerdicke Hilus wurde durch stumpfe Präparation mit der Hohlsonde in 3 Bündel getheilt (das mittlere enthielt die Arterie) und jedes Bündel einzeln unterbunden; 2 cm centralwärts wurde eine Massenligatur an demselben angelegt, eine andere knapp an der Milz und dann der Hilus mit der Schere getrennt. Die Operation hatte nicht lange gedauert, der Blutverlust während derselben war äußerst gering gewesen.

Die entfernte Milz wog (ohne Blut) 690 g, war 18 cm lang, 10 breit, von gleichmäßigem, derben Gefüge; sie zeigte am oberen Pole einen etwa taubeneigroßen grau-gelben Infarkt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte nur den Charakter des chronischen Milztumors i. e. Hyperplasie des Gewebes.

Der Verlauf der Heilung war in den ersten Tagen, bis auf starken Meteorismus und Kolikschmerzen (man erfuhr nachträglich, dass Pat. am Tage vor der Operation ziemlich viel feste Nahrung zu sich genommen hatte) die nach einer reichlichen spontanen Stuhlentleerung am 4. Tage p. o. schwanden, ziemlich glatt. In den folgenden Tagen viel Abgang von Flatus und oft diarrhoische Stühle. Am 8. Tage wurde der Verband entfernt; die Bauchwunde war vollkommen per primam geheilt; nirgends am Bauch war Druckempfindlichkeit oder eine stärkere Resistenz nachweisbar; doch war die Temperatur in den letzten Tagen in den Morgenstunden subfebril (37,8—38,2), Abends dagegen war ausgesprochenes Fieber (38,6—39,6) vorhanden. Am 21. December begann die Menstruation mit ziehenden Schmerzen in den seitlichen Bauchgegenden, namentlich links. Am Abend des 2. Menstruationstages stieg die Temperatur plötzlich auf 40,7, die Schmerzen wurden sehr stark und ich konnte ein Exsudat im linken Parametrium nachweisen. Das Exsudat wuchs im Verlauf der nächsten Tage rasch bis zur Spina i. a. s. hinauf und erstreckte sich tief in das Becken hinab um Uterus und Rectum. Die hochgradige Anämie der Kranken, die rasche Entwicklung des Ergusses, die teigige Konsistenz desselben ließen den Verdacht rege werden, dass die Parametritis

möglicherweise hämorrhagisch gewesen sein könnte. Da nirgends Fluktuation nachzuweisen war, so wurde exspektativ verfahren (Chinin, Antipyrin, Roborantien, Eisblase etc.). Das Exsudat verkleinerte sich dann allmählich und war nach einem Monate bedeutend zurückgegangen. Auch die Anämie besserte sich unter dem Einfluss einer kräftigen Kost und der Darreichung der Trefusia von d'Emilio aus Neapel relativ rasch, so dass Pat. nach einigen Wochen als vollkommen hergestellt zu betrachten war und am 28. März laufenden Jahres gesund entlassen werden konnte.

Vor der Operation wurde leider nie das Blut untersucht, dafür aber 1 Stunde nach derselben und es ergab sich, bei wiederholten vergleichenden Untersuchungen, eine Vermehrung der weißen Blutkörperchen um das Siebenfache. Im Verlaufe der Rekonvalescenz nahm die Zahl der Leukocyten durchaus nicht zu, so dass man in unserem Falle den Einfluss der Milzexstirpation auf die Vermehrung der weißen Blutkörperchen nicht nachweisen konnte. Mit dem Fortschreiten der Rekonvalescenz und mit der Kräftigung der Pat. nahm selbstverständlich die Zahl der weißen Blutkörperchen ab und überschritt bei der Entlassung der Operirten nur um ein Geringes die Norm. Während dieser ganzen Zeit wurde eine Vergrößerung der Schilddrüse und der Lymphdrüsen nicht beobachtet.

Wiederholte spätere Untersuchungen der Frau durch verschiedene Kollegen ließen die sonderbare Thatsache konstatiren, dass die vermeintliche Milzdämpfung sehr wechselnd war; zuweilen war sie sehr evident, andere Male wieder weniger ausgesprochen, hier und da einmal kaum angedeutet. Auch waren ihre Grenzen keine konstanten; sie erschien bald größer, bald kleiner, hatte eine wechselnde Figur; sonst verhielt sie sich wie die normale Milzdämpfung, sie rückte nämlich stets bei tiefer Inspiration um einen Interkostalraum herab. Ich kann dieselbe nicht anders erklären, als durch Füllung der Flexura coli sinistra mit Fäkalmassen. Hätte man die Pat. wiederholt in dieser Richtung untersucht, so wäre vielleicht der wahre Sachverhalt schon vor der Operation klar geworden. Selbstverständlich hätte auch eine genauere Untersuchung in Narkose erlaubt, die konkave Fläche und (wenigstens) einen Rand der Milz durch den Mastdarm genau zu betasten und eine richtige Diagnose zu stellen. Doch stößt im Allgemeinen die Untersuchung in Narkose bei unseren operationsscheuen und misstrauischen Bauern auf Widerstand, so dass man dieselbe nach Möglichkeit meidet, um nicht den Widerwillen gegen die Operation noch zu steigern.

Wenn man von der partiellen oder totalen Milzexstirpation nach Verletzungen des Organs absicht, so sind, so weit ich aus der mir zugänglichen Litteratur ersehen konnte, bisher 46 Milzexstirpationen (die 2 von Credé, in Langenbeck's Archiv Bd. XXVIII. p. 404, citirten Fälle von Zaccarelli und Ferrerius dürfen nicht mit gerechnet werden) mit nur 15 Heilerfolgen, ausgeführt worden. Die anscheinend hohe Mortalitätsziffer wird aber dadurch erklärt, dass 18mal wegen Leukämie operirt wurde und alle diese Fälle rasch tödlich endeten; somit kommen die 15 Heilungen auf Rechnung der übrig bleibenden 28 Fälle, in welchen wegen der verschiedensten Indikationen operirt wurde. Bedenkt man nun, dass viele Operationen in die vorantiseptische Zeit fallen, so ist die Mortalität schon als weniger hoch zu betrachten.

Besonders günstig aber waren die Resultate bei Exstirpationen von Wandermilzen. Es sind mir 10 derartige Operationen (meinen Fall inbegriffen) mit 8 Heilungen bekannt; und zwar je 1 Fall von Czerny, Martin in Deutschland[1], Polk[2], Nilsen[3], Leonard[4] in Amerika, Thornton[5] in England, Ceci[6],

---

[1] Credé l. c.

[2] Amer. journ. of obstetr. 1887. März.

[3] » » » » » Januar.

[4] Centralblatt f. Gynäkol. 1888. No. 12.

[5] Virchow-Hirsch, Jahresb. f. 1886. p. 426.

[6] Ceci, Estirpazione di milza ectopica etc. Roma 1886.

Urbinati und Aonzo[7] in Italien. Nur die 2 letzterwähnten verliefen letal; im Urbinati'schen Falle war der Verlauf günstig bis zum 4. Tage p. o., dann trat der Tod fast plötzlich ein wegen Achsendrehung des durch Gase enorm ausgedehnten Magens; bei der Sektion war keine Spur von Blutung oder von Peritonitis nachzuweisen; die Milzexstirpation als solche war also an dem unglücklichen Ausgang unschuldig. Die von Aonzo operirte Frau starb nach 3 Stunden an Shock; der Milztumor wog aber auch ohne Blut 4500 g!

Es ist auch nicht einzusehen, warum die Exstirpation einer Wandermilz eine schlechtere Prognose geben sollte, als die Entfernung eines Ovarialtumors, wenn man einerseits bedenkt, dass die Splenektomie an und für sich nicht schwieriger und nicht gefährlicher sein dürfte, als eine Ovariotomie, andererseits, dass der animalen Ökonomie durch die Ausrottung der Milz kein besonderer Schaden erwächst, wie die vielen Thierexperimente, die Fälle von Verlust der Milz nach Verletzungen und die wenigen bisher ausgeführten glücklichen Milzexstirpationen beweisen.

---

1) **Szcz. Zaleski** (Dorpat). Über die Einwirkung der Nahrung auf die Zusammensetzung und Nahrhaftigkeit der Frauenmilch.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 4 und 5.)

Z. fand bei der Analyse einer einer Amme entnommenen Milchportion in derselben über 6% an Fettgehalt, das Doppelte des gewöhnlichen Fettgehaltes der Frauenmilch. Nähere Erkundigungen ergaben, dass das von jener Amme gestillte Kind sich seit Anstellung derselben in einem sehr schlechten Ernährungszustand befand, dann und wann an Durchfällen litt, die verabreichte Milch kaum vollständig zu verdauen im Stande war und an Gewicht lange nicht in genügender Weise zunahm. Diese Störungen glaubte Z. auf die zu starke Koncentration der Milch zurückführen zu müssen, welche die Folge einer förmlichen Mästung der Amme bei reichlichem Biergenuss und völlig ungenügender Bewegung war. Eine Änderung der Diät, nur spärliche Verabreichung von Fleisch, gemischte Kost, Ersatz des Bieres durch Wasser, reichliche Bewegung in freier Luft führte zu einer Abnahme der Fettmenge, zu einer Steigerung des Milchzuckergehaltes. Von da ab erholte sich das Kind schnell, gedieh gut und erkrankte nie mehr.

Z. schließt seine Arbeit, welche sich in ihrer Einleitung mit den mannigfachen bei Kühen und anderen Thieren angestellten Versuchen über die Einwirkung der Fütterung auf die Milchbeschaffenheit beschäftigt und die Details über seine eigenen Untersuchungen bei dem eben erwähnten Fall und die von ihm benutzten Methoden bringt, mit folgenden Sätzen: 1) Stark fettreiche Frauenmilch kann an und für sich eine durchaus schädliche Einwirkung auf das Gedeihen des Kindes ausüben.

2) Eine üppige, stark und einseitig eiweißreiche Kost vergrößert die Fettmengen der Frauenmilch beträchtlich, setzt den Milchzucker herab und ist auf andere Bestandtheile von geringerem Einfluss; eine

[7] Franzolini, Della estirpazione della milza etc. Torino 1882.

eben solche Einwirkung von alkoholischen Getränken ist nicht ausgeschlossen.

3) Durch zweckmäßige Diät und Ernährung der Frau kann die gewünschte und für das Kind in konkretem Fall unentbehrliche Milchzusammensetzung bis zu einem gewissen Grad erlangt werden.

4) Auch beim Menschen scheint die Nahrung denselben Einfluss auf die Milchzusammensetzung auszuüben, wie bei den Thieren.

5) Das Fett der Milch bildet sich wahrscheinlich in beträchtlichen Mengen auf direktem oder indirektem Weg aus den Eiweißstoffen der Nahrung.

Graefe (Halle a/S.).

---

2) **F. French** (Minneapolis). Klinische Bemerkungen über sexuale Hygiene.

(Northwestern lancet 1887. No. 4.)

An der Hand mehrerer Krankengeschichten sucht F. den Nachweis zu führen, dass der häufig versuchte, aber in Folge Impotenz des Mannes missglückte, eben so der Zwecks Verhütung der Konception unterbrochene Coitus bei der Frau Erkrankungen der Sexualorgane, chronische Metritis, Oophoritis etc. und im Anschluss an diese nervöse Störungen mannigfacher Art hervorruft. Dasselbe beobachtete er an Frauen, welchen ihre Ehemänner in Folge einer sehr erheblichen Altersdifferenz oder aus anderen Gründen antipathisch waren. Ärztliche Behandlung brachte zuweilen vorübergehende Besserung, nie Heilung. Erst nachdem die Ehe durch den Tod des Mannes oder durch Scheidung gelöst war und die Frauen eine zweite Ehe eingegangen waren, schwanden ohne jede Therapie örtliche und nervöse Beschwerden. Des Weiteren warnt F. davor, die Ehe als ein Heilmittel für sexuale Störungen anzusehen. Er führt Beispiele an, wo Frauen, welche vor der Verheirathung lange Zeit Onanie getrieben, nach derselben im natürlichen Geschlechtsgenuss nicht nur keine Befriedigung, sondern eher das Gegentheil empfanden.

Auf jeden Fall ist aber solchen Mädchen von Eingehung einer Ehe abzurathen, welche an nachweisbaren Erkrankungen der Geschlechtsorgane leiden. Hier führt der geschlechtliche Verkehr zu keiner Besserung, sondern stets zu einer Verschlimmerung des Zustandes, welche für die Eheleute die traurigsten Konsequenzen hat.

Graefe (Halle a/S.).

---

3) **H. Löhlein** (Berlin). Über Wöchnerinnenpflege und Pflegestätten für unbemittelte Wöchnerinnen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 6.)

Auf Grund eigener Beobachtungen so wie der von anderen Autoren über die Involution des puerperalen Uterus angestellten Untersuchungen äußert sich L. dahin, dass nur in den allergünstigsten Fällen 3—4 Wochen für die puerperale Restitution genügen, dass meist aber 6, bei schwächlichen oder gar kränklichen Konstitutionen häufig

8—12 Wochen für diese nothwendig sind. Unendlich oft und zwar in der Mehrzahl der Fälle nicht aus Leichtsinn, sondern unter dem eisernen Zwang der materiellen Noth wird dem nicht Rechnung getragen. Lageveränderungen, chronische Katarrhe des Uterus, entzündliche Processe und Sterilität sind die traurigen Folgen.

L. sieht es als eine der humanitären Aufgaben der großen Gemeinwesen an, diesem aus mangelhaft abgewarteten Wochenbetten entspringenden Unheil vorzubeugen, Sorge zu tragen, dass auch die ärmste Wöchnerin eine Stätte findet zur Ruhe und Kräftigung in der Zeit, während deren sie der Schonung absolut bedarf. Er befürwortet die Gründung von Wöchnerinnenpflegen, in denen in erster Linie die aus den öffentlichen Entbindungsanstalten am 10. Tag entlassenen mittellosen Pfleglinge, aber auch jede sonstige arme Wöchnerin, welche zu Haus die nöthige Pflege und Verpflegung nicht findet, sich so lange erholen können, bis sie ohne Schaden für ihre Gesundheit im Stande sind, ihre Thätigkeit wieder auszuüben, eventuell auch eine Ammenstelle anzutreten.

Der letztere Punkt verdient besondere Beachtung. Nicht nur in Berlin, auch in anderen großen Städten herrscht ein fühlbarer Mangel an brauchbaren Ammen. Würden die gewöhnlich am 10. Tage aus den geburtshilflichen Anstalten entlassenen Pfleglinge, anstatt wochenlang in ärmlichen Verhältnissen ihr Dasein zu fristen oder sofort zu einer Zeit als Amme einzutreten, zu der sie noch der größten Schonung bedürfen, noch einige Wochen in einem Pflegehause bei guter Ernährung Unterkunft finden, so dürften sie später brauchbare Ammen abgeben, über deren Leistungsfähigkeit sich während ihres Aufenthaltes in der Pflege außerdem ein Urtheil gewinnen ließe.

Den Hauptnachdruck legt L. aber darauf, dass in jenen Stätten Müttern ihre Gesundheit erhalten würde, deren Los sich sonst, sind sie in Folge eines zu früh verlassenen Wochenbettes, in Folge zu frühzeitiger Übernahme ihrer häuslichen Thätigkeit invalid geworden, zu einem überaus traurigen gestaltet und sie tief verbittert.

Jeder, der als Geburtshelfer und Frauenarzt in den ärmeren Klassen zu thun gehabt, wird L.'s Ausführungen nur bestätigen können und wünschen, dass seine Vorschläge recht bald und vielfach zur Ausführung gelangen möchten. **Graefe** (Halle a/S.).

---

4) **W. Nagel** (Berlin). Beitrag zur Anatomie gesunder und kranker Ovarien. (Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik der kgl. Charité in Berlin.)

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXI. Hft. 3.)

Verf. hat eine größere Anzahl von Ovarien untersucht, welche von Gusserow entfernt waren, und ist dabei zu folgenden Schlüssen gelangt:

Die chronische Oophoritis darf man nicht in chronische folliku-

läre und in chronische interstitielle Oophoritis eintheilen. Die eigentliche chronische Oophoritis ist die sog. chron. interstitielle Oophoritis. Sie beginnt stets mit einer Erkrankung des interstitiellen Gewebes, wobei die Graaf'schen Follikel noch recht lange ihr normales Aussehen bewahren und entwicklungsfähige Eier bergen, bis schließlich bei weiterem Fortschreiten der Erkrankung die Follikel veröden.

Eine circumscripte Peritonitis ist am häufigsten die Ursache für die Erkrankung der Ovarien. Die peripheren Theile derselben werden dann zuerst ergriffen, und allmählich erst schreitet die Erkrankung in die Tiefe fort. Seltener deutet der Befund darauf hin, dass der Process als akute interstitielle Oophoritis begonnen hat.

Die sog. chronische follikuläre Oophoritis oder kleincystische Follikulärdegeneration der Ovarien ist ein physiologischer Zustand. (Einzelheiten über den Bau der Graaf'schen Follikel so wie über die Bildung des Liquor folliculi müssen im Original nachgelesen werden.) Die kleincystische Degeneration ist weder eine Eierstocksentzündung, noch eine beginnende Cystenbildung, sondern ein Zustand der Vermehrung von sichtbaren, gesunde Eier enthaltenden Follikeln, welcher nicht in Folge von Stromaerkrankung des Ovariums vorkommt.

Beim sog. Hydrops folliculi handelt es sich um eine Verödung des Follikels; ein »hydropischer Follikel« kann niemals größer werden, als der Follikel zufällig war, als er erkrankte, und kann sich also nie zu einer wirklichen Cyste entwickeln. Der »Hydrops folliculi« ist als sekundäre Erscheinung bei sonstiger Erkrankung des Ovarialgewebes aufzufassen.

Die einfächerigen, nicht epithelialen Cysten entstehen meistens, vielleicht ausschließlich, durch cystische Entartung des Corpus luteum. In keinem Stadium des letzteren ist von Schrumpfung, von Narbenbildung etwas zu bemerken. Das Corpus luteum ist vielmehr das Produkt eines Wucherungsvorganges, der zur Neubildung von Ovarialgewebe führt.

Der Arbeit hat Verf. eine Anzahl sehr schöner, von E. Eyrich ausgeführter Zeichnungen beigefügt. **Vowinckel** (Berlin).

---

5) **H. Sattler** (Prag). Über den antiseptischen Werth des Jodoforms und Jodols.

(Prager med. Wochenschrift 1887. No. 25—27.)

Veranlasst durch die bekannten Mittheilungen Heyn's und Rovsing's, welche geeignet scheinen dem Jodoform seinen Ruf als Antisepticum zu rauben, berichtet S. über eine Reihe von Versuchen, die er selbst mit Jodoform und Jodol bereits vor längerer Zeit angestellt hat. Diese hier wiederzugeben, würde zu weit führen. Ref. beschränkt sich darauf, die durch sie gewonnenen Resultate mit den Worten des Schlussrésumés des Verf.s mitzutheilen. Sie lauten:

1) Das Jodoform ist im Stande, das Wachsthum verschiedener Mikroorganismen zu hemmen, bezw. zu beschränken und zu verzögern,

und dieses unter Umständen, welche eine viel größere Leistungsfähigkeit voraussetzen, als es bei Anwendung in der Praxis der Fall ist.

2) Das, was das Jodoform in Aktion setzt, sind in erster Linie und wesentlich die Mikroorganismen selbst, welche wieder durch das durch die Zersetzung des Jodoforms entstandene freie Jod oder die gebildeten Jodverbindungen in ihrem Wachsthum geschädigt oder getödtet werden, während außerdem die durch deren Lebensprocess erzeugten giftigen Substanzen (die Ptomaïne) ihre schädlichen Eigenschaften verlieren. Nebenbei muss allerdings der Möglichkeit Raum gegeben werden, dass Jodoform auf Wunden auch ohne Intervention von Organismen eine Zersetzung erleide.

3) Dem Jodoform geht jede Fernwirkung ab; die Beeinflussung der Mikroorganismen findet nur in der unmittelbaren Nachbarschaft der der Zersetzung unterliegenden Jodoformmoleküle statt.

Auf Grund dieser Ergebnisse erklärt S. das Jodoform, wenn bei seiner Anwendung auf Wunden den Bedingungen, unter welchen es seine Wirkung entfalten kann, stets gebührend Rechnung getragen wird, nicht nur für ein sicheres, sondern vermöge seiner Dauerwirkung und Reizlosigkeit für manche Zwecke durch kein anderes zu ersetzendes Antisepticum. **Graefe** (Halle a/S.).

Kasuistik.

6) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 27. April 1888.

Vorsitzender: Herr Olshausen; Schriftführer: A. Martin.

Mit Rücksicht auf die ernsten Sorgen, welche die Krankheit des Kaiser Friedrich verursacht, wird die Feier des Stiftungsfestes in diesem Jahre abgelehnt. Die Herren DDr. Saurenhaus, Keller, Ehlers, Zucker, Knopf wurden als ordentliche Mitglieder in die Gesellschaft aufgenommen, den Herren Benkiser, jetzt in Karlsruhe, Reichel, jetzt in Würzburg, Thorn, zur Zeit auf Reisen, Zober, jetzt in Kissingen, und Wyder, jetzt Professor in Zürich, wird die auswärtige Mitgliedschaft ertheilt.

I. Herr Olshausen demonstrirt ein 16 Pfund schweres Myom, welches er Tags zuvor durch Laparotomie und supravaginale Amputation entfernt hat.

II. Herr Orthmann hält den angekündigten Vortrag über Carcinoma tubae.

Die bisherigen Beobachtungen über den Tubenkrebs sind sehr spärlich; Kiwisch will unter 73 Fällen von Uteruscarcinom 18mal Krebs der Tuben beobachtet haben, ohne nähere Angaben zu machen; Dittrich fand unter 94 allgemeinen Krebserkrankungen nur 4mal Carcinom der Tube.

Vortr. konnte in der ihm zugänglichen Litteratur nur 13 mehr oder weniger genau beschriebene Fälle von Carcinoma tubae auffinden. Aus diesen Fällen geht hervor, dass der Uterus in der Mehrzahl das primär erkrankte Organ war, nämlich 9mal, in den übrigen 4 Fällen war das Ovarium zuerst erkrankt. 6mal fanden sich doppelseitige Erkrankungen, und zwar meist bei Carcinoma corporis; 7mal einseitige. Der Sitz des Carcinom ist entweder in der Tubenschleimhaut, oder in der Muscularis, oder im Peritonealüberzuge. Die medullare Form des Krebses scheint die vorherrschende zu sein; seltener ist die fibröse oder skirrhöse. Zu den makroskopisch leicht mit Carcinom zu verwechselnden Neubildungen der Tube gehören die Papillome der Tube, welche jedoch von ganz gutartiger Beschaffenheit

sind; zwei hierher gehörige Fälle sind kürzlich von A. Doran genauer beschrieben worden.

Vortr. geht dann ausführlich auf 3 ungefähr innerhalb Jahresfrist in der Dr. A. Martin'schen Anstalt beobachtete Fälle von Carcinoma tubae über. Im ersten Fall handelte es sich um ein primäres Carinoma tubae papillare bei einer 46jährigen Frau; im zweiten um ein ausgedehntes sekundäres Tubencarcinom bei primärem Ovarialcarcinom einer 51jährigen Frau; im dritten Falle fanden sich bei einer 45jährigen Pat. bei primärem Ovarialcarcinom kleine Carcinomknötchen an der Außenfläche der Tube.

Aus den Ausführungen ergiebt sich, dass ein primäres Carcinom der Tube vorkommt; dass ferner nach den bisherigen Veröffentlichungen bei sekundärem Carcinom der Tube der Uterus als primär erkranktes Organ vorzuherrschen scheint.

(Der Vortrag wird durch Demonstration der Tumoren, mikroskopische Präparate und Zeichnungen erläutert; ausführlich wird derselbe in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie veröffentlicht werden.)

Diskussion: Herr C. Ruge hat nur sekundäre, niemals primäre, carcinomatöse Degeneration der Tuben gesehen; er kann nach seinen Beobachtungen jedoch nur annehmen, dass die krebsigen sekundären Degenerationen der Tube häufiger im Anschluss an Ovarialtumoren maligner Struktur, als nach Carcinom. corp. ut. sind. Trotzdem gerade das Verhalten der Tuben bei Carcinoma uteri beobachtet wurde (speciell der intramuskuläre Theil der Tube), hat er nur einmal die Tube und ihre Umgebung carcinomatös ergriffen gefunden (bei glandulärem Krebs): nur der nächstliegende, ungefähr 1 cm vom Uterus entfernte Tubentheil zeigte noch Veränderung, der übrige war frei.

Herr Winter erinnert an einen Fall von Tubencarcinom, welchen er im vorigen Jahre der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie demonstrirt hat. Es handelte sich um ein primäres Carcinom des Ovarium, welches sich subserös in das Mesosalpinx entwickelt hatte, so dass die Tube dicht dem Tumor auflag. Das abdominale Ende der Tube war verschlossen und stark erweitert. In demselben fand sich ein fast haselnussgroßer Carcinomknoten, welcher vom Ovarium ausgehend die Tubenwand durchwachsen hatte und sich jetzt frei in derselben entwickelte. Die Tube selbst war vollständig gesund. Man kann also dieses Carcinom in der Tube als besondere Art den sekundären Carcinomen anreihen.

Herr Olshausen hat einzelne Fälle von maligner Erkrankung der Tuben beobachtet. Ein besonders bemerkenswerther betraf eine alte Frau, die wegen doppelseitiger Ovarientumoren zur Operation kam. Die Tumoren hatten einen eigenthümlich blättrigen Bau. In der linken Tube saß eine haselnussgroße Geschwulst, welche von Herrn Prof. Marchand als Endotheliom definirt wurde. Die Thatsache, dass die Tuben relativ selten bei Ovarialcarcinom an dieser Form der Erkrankung Theil nehmen, findet gewiss in den Verhältnissen des Lymphstromes ihre Erklärung.

---

7) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 13. März 1888.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Schütz demonstrirt die in toto herausgenommenen Beckenorgane einer an Nephritis verstorbenen Frau, welche an Prolapsus uteri und Ascites gelitten hatte. Zum Vergleich zeigt R. eine Abbildung aus einer früheren Arbeit von ihm (Arch. f. Gyn. Bd. XIII: Medianschnitt durch das Becken einer Frau mit Prolapsus uteri et vaginae) und hebt außer anderen interessanten topographischen Einzelheiten besonders hervor, wie bei diesem Prolaps durch die Komplikation mit Ascites die Excavatio vesico-uterina und die Excavatio recto-uterina so weit hinabgedrängt und in der Sagittalrichtung so ausgedehnt sind, dass das Bauchfell unmittelbar der prolabirten Scheide anliegt. Man hätte also den Ascites von der vorderen oder hinteren Scheidenwand mit Leichtigkeit punktiren können.

S. demonstrirt ferner einen mit mehreren kleinen, subserösen, gestielten, bezw.

intermuralen Myomen besetzten Uterus; die mannigfache Lage der Myome an demselben Präparate zeigt, wie verschieden an Art und Leichtigkeit der Ausführung eine Myomotomie sein kann. Für die Statistik darf man, um ein richtiges Bild der Resultate zu gewinnen, nicht alle Arten zusammenfassen, sondern muss gerechterweise die Mortalitätsziffer nach Entfernung gestielter Tumoren, nach der Martin'schen Operation und nach der Myomotomie mit Eröffnung der Uterushöhle bezw. der Amputatio uteri gesondert rubriciren.

S. demonstrirt ein in toto ausgestoßenes Ei der 6. Woche mit zahlreichen Apoplexien im Chorion. Aus der Anamnese konnte der Tag der Kohabitation und die Ursache der Blutungen (ein Tanzvergnügen) genau festgestellt werden. Das Ei wurde erst 14 Tage nach dem wahrscheinlichen Zeitpunkte der Blutungen geboren.

Herr Fränkel demonstrirt den Uterus einer 77jährigen an Phlegmone des linken Unterschenkels verstorbenen Frau. Das Endometrium zeigt eine exquisite diphtheritische Erkrankung, die sich Herr F. so zu Stande gekommen vorstellt, dass eine vielleicht vorher schon vorhandene chronische Endometritis unter dem Einfluss der Unterschenkelphlegmone einen diphtheritischen Charakter angenommen habe. An der Vagina finden sich außerdem flache Ulcerationen, sogenannte Vaginitis obliterans.

Zu dem Präparat bemerkt Herr Lomer, dass im hohen Alter ähnliche Obliterationen wie in der Vagina auch im Cervix vorkommen und dann zu Hydro- und Pyometra führen. Vielleicht sei das Präparat so aufzufassen.

Herr Fränkel meint, Stenosen des Cervix könnten wohl zu Hydrometra, nicht aber zu Diphtherie des Endometrium führen.

Herr Schütz macht darauf aufmerksam, dass fleckige Kolpitiden im Alter therapeutisch recht hartnäckig zu behandeln sind und dass ihm die Pulverbehandlung die besten Dienste leistete.

Herr Hotte giebt ein Referat über die Veröffentlichung G. Veit's über die Behandlung der Eklampsie mit großen Morphiumdosen und spricht sich in anerkennenden Worten über die Erfolge Veit's aus.

Herr May beobachtete einen geradezu hoffnungslosen Fall, wo Morphium und Chloroform vergeblich angewendet worden waren, durch ein Bad von 32° C und einstündiger Dauer genesen.

Herr Schütz freut sich, von einer Autorität, wie Veit, zu hören, dass man solch große Dosen Morphium geben darf und wird in Zukunft nach Veit's Vorschriften handeln. Nur vermisst Herr S. Angaben darüber, wie man sich zu verhalten habe bei Eklampsie während der Schwangerschaft. Tritt Eklampsie in der Schwangerschaft auf, so will Herr S. die Gravidität unterbrechen. In einem von Dr. Staude behandelten Falle, wo wegen Eklampsie in der 20. Woche der künstliche Abortus eingeleitet worden war, ließ die Kranke bei einer erneuten Schwangerschaft mit Eklampsie die Frucht nicht wieder entfernen und starb.

Herr Happe erwähnt die Ansicht Scanzoni's, nach welcher in derartigen Fällen die Schwangerschaft nur dann unterbrochen werden dürfe, wenn gleichzeitig andere Komplikationen, z. B. enge Becken, vorlägen.

Herr Lomer glaubt auch, dass man die Schwangerschaft bei Eklampsie nicht stets unterbrechen müsse. Die von Breus publicirten Fälle eklamptischer Schwangerer, die mit heißen Bädern behandelt wurden und dann austrugen, seien sehr lehrreich.

Herr Predöhl (als Gast) berichtet über einen Fall von Eklampsie aus dem allgemeinen Krankenhause, wo im Laufe eines Tages 0,09 Morphium subkutan dargereicht worden war und danach die Anfälle auch sistirten, die Kranke starb indess an einer interkurrenten Pneumonie.

Herr Schütz, dem der Fall bekannt, hebt hervor, dass bei der Sektion sich eine Erweiterung des einen Ureters gefunden habe.

Herr Fränkel kennt den Fall gleichfalls und meint, die Erweiterung des Ureters sei für die Ätiologie der Eklampsie nicht zu verwerthen, da sie nur einseitig und von Bleifederdicke war. Es handelt sich bei der Eklampsie nicht dar-

um, dass der secernirte Urin nicht abfließen kann, sondern darum, dass kein Urin secernirt wird.

Herr Hotte meint, bezüglich der Ätiologie der Eklampsie gäbe es noch manches Räthsel zu lösen. Er beobachtete einen Fall, wo 3mal hochgradige Schwangerschaftsniere und Frühgeburten vorkamen, ohne dass je Eklampsie auftrat. Vor Kurzem wurde die Frau von Neuem normal entbunden und stillt jetzt ihr Kind.

Herr Schütz: Um Eklampsie hervorzurufen, bedürfe es keiner Anurie, sondern nur einer Dysurie. Eine solche könne z. B. durch eine Karbolirrigation und den dadurch bedingten Karbolurin herbeigeführt werden, wie er es beobachtete.

Sitzung vom 27. März 1888.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Lomer liest das Gesuch vor, welches die Kommission in Sachen der Verbesserung unseres Hebammenmaterials zur Einsendung an das Medicinalkollegium aufgestellt hat. Der Wortlaut des Gesuches wird unverändert angenommen.

Herr Ratjen hält seinen Vortrag über: Über einen besonderen Fall von Pemphigus neonatorum.

Eine gesunde Frau, die 8 lebende gesunde Kinder geboren hatte, brachte ein Kind zur Welt, welches am 3. Tage p. p. eine gutartige Conjunctivitis am linken Auge zeigte. Einige Tage darauf entstanden phlegmonöse Entzündungen des Unterhautzellgewebes, ca. 12—15 an Zahl, zuerst am linken Ellbogen, dann an den Hinterbacken, den unteren Extremitäten etc. Auf der Höhe einzelner dieser Geschwülste entwickelten sich dann Pusteln mit gelblich-grünlichem Inhalt. Die Pusteln fanden sich aber auch an solchen Stellen der Haut, wo keine Phlegmonen bestanden und waren ca. 40—50 an Zahl. Die phlegmonösen Processe wurden incidirt und heilten nach Entleerung einer eitrig-blutigen Flüssigkeit rasch, nur die zuerst beobachtete Phlegmone am linken Ellbogen machte eine 2. Incision vom Olecranon ulnae bis zur Handwurzel nöthig und nahm 5 Wochen zur Heilung. Schließlich machte das Kind noch einen Bronchialkatarrh durch. Jetzt ist es 9 Wochen alt und ganz gesund. Der Nabel war normal. In seiner Nachbarschaft waren weder Phlegmonen noch Bläschen aufgetreten. Temperaturerhöhungen ließen sich bei dem Kinde nicht nachweisen.

Herr R. fasst die Erkrankung als eine gutartig infektiöse auf, weiß aber nicht, woher die Infektion stamme. Am wahrscheinlichsten erscheine ihm die Annahme einer intra-uterinen Infektion, deren erste Äußerung die Conjunctivitis war. Die Wöchnerin hatte fötide Lochien und fieberte bei 38,8 vom 4.—9. Tage.

Unter den von den Lehrbüchern citirten nicht syphilitischen Hautaffektionen: Erysipel, Erythem, Pemphigus benignus und Sklerem sei der vorliegende Fall schwer einzureihen. Bohn beschreibt phlegmonöse Zellgewebseiterungen bei Neugeborenen, welche besonders oft am Ellbogen vorkommen sollen und nach B.'s Ansicht von Traumen inter partum herrühren.

Herr Aly beobachtete kürzlich einen ähnlichen Fall. Von gesunden Eltern wurde ein Kind geboren, welches gleich nach der Geburt 2 Pemphigusbläschen am linken Ohr und an der rechten Wange zeigte. Darauf entwickelten sich viele Hundert Bläschen am ganzen Körper, einzelne derselben führten durch Fortleitung der Eiterung auf das Unterhautzellgewebe in der 3. Woche zu Ulceration. Jetzt ist das Kind in der Heilung, es entstehen aber immer noch Bläschen und Abscesse.

Herr Voigt fragt, ob die Bläschen gelbe Farbe zeigten und ob sie Narben hinterließen.

Herr Aly: Die Bläschen waren gelb und zeigten einen röthlichen Hof. Da sein Fall noch frisch sei, könne er nicht sagen, ob Narben zurückbleiben würden.

Herr Ratjen: In seinem Falle seien keine Narben zurückgeblieben. Die Bläschen waren gelb, hatten aber keinen entzündlichen Hof.

Herr Fränkel glaubt, die zwei Fälle müssten aus einander gehalten werden. Er macht auf eine Arbeit Escherich's aufmerksam, der eitererregende Infektionsträger in den Windeln Neugeborener nachwies.

Herr Pisa und Herr Voigt deuten die Erkrankung als Ekthyma. Herr Voigt sah ähnliche Fälle bei Kindern, namentlich im Hochsommer.

Herr Schütz demonstrirt und empfiehlt das Grossmann'sche hygienische Beinkleid.

---

8) **Grechen.** Gynäkologische Studien und Erfahrungen.

Heuser's Verlag, I. Heft.

Die Beschreibung eines Falles von Dysmenorrhoe membranacea nimmt den ersten Platz in dem Buch ein. Er betraf eine Pat. von 39 Jahren, die die Beschwerden auf eine vor 19 Jahren überstandene Cholera zurückführte. Der Fall bot das eigenthümliche Verhalten dar, dass 10—12 Tage nach der Menstruation, bei welcher die typische Membran aus dem Uterus abgegangen war, noch einmal eine solche, einen Abguss der Scheide darstellend, zum Vorschein kam. Die während der Menstruation ausgestoßene Haut hatte Uterus und Scheide bekleidet. Da außer der Endometritis und Colpitis membranacea und Colpitis intermenstrualis membranacea, auch noch eine Metritis, Parametritis, Degeneratio cystica ovarii sinistri und catarrhus et dilatatio ventriculi vorhanden waren, so kann man sich denken, dass Pat. kaum einen Tag eines nur erträglichen Befindens genoss. G. suchte zuerst durch Bäder, Elektricität, Magenausspülung, Karlsbader Salz und Darminfusionen, durch Kathetrisirung und Breiumschläge auf die Nierengegend das Allgemeinbefinden zu heben und ging dann erst gegen das Gebärmutterleiden selbst vor. Mit den Hegar'schen Dilatatoren erweiterte er den Muttermund, behandelte nach allgemeinen Regeln die Metritis und skarificirte dann 2—3 Tage vor dem zu erwartenden Anfall das Collum. Die Schmerzen blieben aus, eben so auch die Produktion der Membranen und Pat. glaubte sich geheilt. G. hielt in diesem Fall das von Schröder und Fritsch empfohlene Auskratzen des Uterus für nicht nöthig, und der Erfolg gab ihm Recht. Über die Ursache des Leidens in diesem Fall spricht sich Verf. vorsichtig aus, er glaubt, dass es in Folge der übrigen Leiden entstanden ist.

An zweiter Stelle berichtet er über 10 von ihm ausgeführte Laparotomien, von denen er 2 verlor, jedoch nicht an Sepsis, sondern die eine an Herzschlag, die andere an Verblutung am 6. Tag. 8mal wurde wegen Cyste, 1mal wegen Myom operirt, und 1mal eine Kastration gemacht. Die Kastration betraf ein junges Mädchen von 19 Jahren, welche an Nymphomanie litt, jedoch durch die Operation nicht geheilt wurde, wie nachträglich eben so wenig durch die von Péan ausgeführte Uterusexstirpation.

Den Schluss bildet eine Laparotomie bei Bauchfelltuberkulose, welche einen guten Verlauf nahm. G. spricht sich sehr für genannte Operation aus, da die Erfahrung lehrt, dass sie einen guten Procentsatz von Heilungen abgeben. Die guten Erfolge kommen seiner Meinung nach daher, dass bei Bauchfelltuberkulose die Zahl der nachzuweisenden Bacillen gering ist, und dass desshalb die Entfernung der ascitischen Flüssigkeit geeignet ist, dem tuberkulösen Process ein Ende zu machen. **Glitsch** (Königsfeld, Baden).

9) **Demme.** Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals. 24. medicinischer Bericht.

Bern 1887.

Aus diesem Werk ist hervorzuheben:

1) Das Auftreten tuberkulöser Geschwüre an Vulva und in Vagina bei Kindern im Alter von 1—2 Jahren. Sie gingen sämmtlich an interkurrenten tuberkulösen Attacken zu Grunde, bevor die Geschwüre sich zur Heilung anschickten.

2) Ein Fall von Pemphigus acutus bei einem 13jährigen Knaben, der innerhalb von 2 Monaten, in welchen Pat. häufig fieberhafte Eruptionen hatte, zur Abheilung kam.

3) Sehr gerühmt wird das Urethan als beruhigendes und schlafbringendes Mittel. Zu erstem Zweck wird es bei Kindern von 1—3 Jahren in Dosen von

0,1—0,3 gegeben, zu letzterem kann man dreist 0,25—0,50 verabreichen und in gegebenem Fall die Dosis noch ohne Sorge vergrößern.

Glitsch (Königsfeld, Baden).

10) **Lukomsky** (Priluk). Ein seltener Fall von Hermaphroditismus.
(Russische Med. 1887. No. 43. [Russisch.])

Die als Mädchen getaufte und erzogene 30jährige Person hat einen mehr männlichen Habitus. An der Oberlippe eine Spur von Bart, kleine Brüste, schmale Hüften, rauhe Stimme, hervorragenden Kehlkopf. Doch sind die Kopfhaare, welche sie als Zopf trägt (gemäß der Sitte der dortigen Bauernmädchen) lang. Sie kleidet sich als Frau, verrichtet aber alle männliche Arbeiten. Seit einigen Monaten ist sie verheirathet, und wird auf Bitte ihres Mannes, welcher seine Frau nicht andern Weibern entsprechend findet, untersucht.

Über (?) der Symphysis pubis findet sich ein männliches Glied einen Finger dick ohne Harnröhrenmündung und ohne Vorhaut; es erigirt bei geschlechtlicher Aufregung. Unter ihm liegt ein Hodensack mit 2 taubeneigroßen Hoden. Noch weiter unten sind äußere weibliche Geschlechtstheile zu sehen, eine kleine Clitoris, große und kleine Schamlippen, Harnröhrenmündung, ein 7 cm langer Scheideneingang; in der Tiefe der Scheide entdeckt man bei Spiegeluntersuchung eine kleine Portio vaginalis. Das Hymen ist zerrissen und die Reste vollkommen deutlich zu sehen.

Die Person hat nie menstruirt; ihr Geschlechtstrieb ist sehr entwickelt, aber nur Frauen gegenüber, Männer hasst sie. Bei Begattung mit Frauen fließt aus der Scheide eine klebrige weiße Flüssigkeit ab.

Wenn auch leider der Verf. nichts über die Form und Maße des Beckens angegeben hat, eben so wenig darüber, ob Uterus und Ovarien vorhanden sind, so scheint es doch unzweifelhaft, dass die betreffende Person ein Mann ist. Die große gleichzeitige Ausbildung der äußeren (wenigstens) weiblichen Geschlechtstheile macht diesen Fall zu einem sehr seltenen, vielleicht zu einem Unicum, welcher, da die Person lebt, wohl einer genaueren Untersuchung und Beobachtung werth wäre.

Reimann (Kiew).

11) **Schlesinger.** Zur Frage von der Laparotomie bei Erkrankungen der Tuben.
Dissert, St. Petersburg. (Russisch.)

Verf. hat 274 Fälle von Laparotomie bei Tubenerkrankungen mit 8,76% Mortalität in der Litteratur gesammelt, wozu er 2 aus der Klinik des Prof. Slawiansky (in einem Falle wurde die Geschwulst nicht ganz entfernt) mit günstigem Ausgange zufügt. Er hält die Laparotomie für die einzige rationelle Methode bei Tubenerkrankungen (?); bei Unmöglichkeit, die Geschwulst ganz zu entfernen, empfiehlt er theilweise Resektion und Drainage oder die Methode von Wiedow. Die Mortalität ist nicht größer als bei Laparotomien im Allgemeinen, desshalb ist zu dieser Operation möglichst früh zu schreiten und im Falle nicht genau zu stellender Diagnose eine Probeincision zu machen.

Reimann (Kiew).

12) **J. Halliday Croom** (Edinburg). Eine Reihe von Laparotomien.
(Edinb. med. journ. 1887. Februar.)

22 Laparotomien: Fall 18, halbsolide Eierstockscyste, völlig adhärend, Peritonitis. Nach Herausnahme der Geschwulst bleiben die Därme oberhalb des Nabels fixirt, unten ein freier Raum. Schluss wie gewöhnlich. Fieber. Am 4. Tage Abdomen wieder geöffnet, mehrere Liter blutig seröser Flüssigkeit entfernt, Drainage, tägliche Ausspülungen. Heilung.

7 Fälle von Entfernung der Uterusanhänge: 2mal wegen Fibroiden, beide menstruirten nach der Operation weiter, aber schmerzlos und in durchaus mäßiger Menge. Auch in einem anderen Falle, wegen Blutungen ohne Fibroiden operirt, sind seitdem wieder 2 und zwar sehr starke Blutungen wiedergekehrt. In einem auf Tripperinfektion beruhenden Falle von Verklebnng der Adnexa folgte der

Operation völlige Heilung, obgleich hier ein Ovarium zurückblieb und die Menstruation nicht sistirte.

Eine eitrige Peritonitis mit massenhaftem Erguss wurde durch Incision und reichliche Auswaschung des Abdomens innerhalb 4 Wochen völlig hergestellt. Bei einem weiteren Falle wurde ein bis fast zum Nabel reichender Tumor als Ovarialtumor mit dicker Wandung diagnosticirt; in der Meinung, einen soliden Tumor vor sich zu haben, wurde nach Eröffnung des Abdomens in den Tumor incidirt und stellte sich derselbe, indem aus dieser Incisionsöffnung Därme hervorquollen, als Netzgeschwulst heraus; die Bauchwunde wurde wieder geschlossen und ging die Frau 3 Jahre später zu Grunde, nachdem der Tumor so enorm gewachsen war, dass der Bauch, wenn Pat. auf einem Stuhle saß, den Boden berührte.

Die mikroskopische Untersuchung dieses Tumors ergab ein Fibrosarkom, mit ausgebreitetem fettigen Zerfall an einzelnen, mit rapid wucherndem Bindegewebe an anderen Stellen.

Zu Grunde gingen von den 22 Operirten 2; eine nach einer Explorativincision bei malignem Tumor; eine nach Hysterektomie bei Fibrom. **Zeiss** (Erfurt).

13) **Allan C. Sym** (Edinburg). Ein Fall von vesiculär entarteter Placenta von einer Frühgeburt im 7. Monat mit lebendem Kinde. Mit Illustrationen.

(Edinb. med. journ. 1887. August.)

Kranke hat früher bereits 3mal lebende Kinder geboren und eine Fehlgeburt durchgemacht. Zum 5. Male schwanger bemerkte sie im 5. Monate ein auffällig rasches Wachsthum ihres Leibes und empfand die Kindesbewegungen in lästigerer Weise, als bei den früheren Schwangerschaften. Im 7. Monate begann die Frühgeburt, die Blase sprang und eine beträchtliche Menge Fruchtwasser floss ab. Kurz nachher wurde ein Kind lebend geboren, welches etwa 6 Stunden athmete. Die ganz außerordentlich große Placenta wurde bald nachher spontan ausgetrieben, zu gleicher Zeit eine Menge ziemlich großer Blutgerinnsel. Wochenbett normal, keine Neigung zu Blutungen.

Die Placenta übertraf also an Größe weit das dem 7. Monat zukommende Maß. Der Nabelstrang, sehr reich an Wharton'scher Sulze, ist außerdem seiner ganzen Länge nach mit Cysten besetzt. Eben solche sitzen in größerer Menge auf der fötalen Fläche der Placenta, am Ansatze des Stranges, bis zur Größe einer reifen Pflaume, von dunkelrother Farbe. Diese Cysten begleiten den Verlauf der sich verzweigenden Gefäße und umhüllen dieselben gleichsam zum Theil, so dass dieselben wie Faden durch die Blasen hindurchgehen. Auf der mütterlichen Fläche der Placenta fällt vor allen Dingen eine besonders starke Gliederung in Cotyledonen ins Auge; zwischen denselben liegen Membranen, welche mit sehr reichlich entwickelter Gefäßverzweigung versehen sind. Entlang den Gefäßen in den Cotyledonen selbst liegen zahlreiche kleine und große Cysten, die oft dem Gefäße ein Aussehen geben, als ob zahlreiche Aneurysmen sich an demselben gebildet hätten. Einzelne Stellen der Placenta dagegen erscheinen dem unbewaffneten Auge wieder ziemlich gesund, während sich unter einer Linse leicht an sämmtlichen Gefäßen jeder Größe die myxomatösen Bildungen nachweisen lassen.

Zeiss (Erfurt).

14) **James K. King** (New York, U. S. A.). Ein außergewöhnlicher Fall von Missbildung.

(Edinb. med. journ. 1887. August.)

Ipara, frühzeitiger Wasserabfluss; Kopf in erster Schädellage vorliegend. Mehrere (auch mit dem Axis-traction-Forceps unternommene) Zangenversuche vergeblich. Dekapitation, Wendung. 3 Füße, darunter ein doppelter, werden heruntergeholt; dann die Arme des dekapitirten Kopfes, hierauf die des anderen, schließlich der Rumpf und der zweite Kopf entwickelt. Nachgeburtsperiode ca. 18 Minuten, ohne viel Blutung. Tod 3 Stunden p. p. an Erschöpfung.

Die Missbildung wog 12 Pfund; das eine Kind, 19 Zoll lang, ziemlich voll-

ständig mit gut entwickelten männlichen Genitalien. Der Oberkörper des anderen sitzt dem ersten in Nabelhöhe fast quer auf, Thoraxorgane je apart, Unterleibsorgane gemeinsam; der zweite Fötus hat nur 1 Bein mit einem Doppelfuß. Placenta und Nabelschnur einfach, aber sehr groß. **Zeiss** (Erfurt).

15) **Bogdanow.** Ein Fall von Mangel der Gebärmutter.

(Der Arzt 1887. No. 44. [Russisch.])

22jährige, seit 4 Jahren verheirathete Frau. Hat nie ihre Regeln gehabt, empfindet aber seit 2 Jahren alle 3 Wochen Schmerzen im Unterleib und Rücken, so wie Kopfschmerzen, die als Molimina menstrualia gedeutet werden können. Der Beischlaf ist schmerzhaft, indess mit Wollustgefühl verbunden.

Gut entwickelter weiblicher Habitus. Brüste, Mons veneris, große Lippen und Clitoris normal. Kleine Schamlippen sehr wenig entwickelt. Der Scheideneingang durch eine Haut verschlossen, die sich auf 6 cm einstülpen lässt. Diese Einstülpung ist offenbar Folge der Versuche zum Beischlaf; übrigens hatte der Mann keine Ahnung davon, dass seine Frau nicht normal gebaut sei. Die doppelte Untersuchung lässt keine Spur einer Gebärmutter finden. .

Verf. erwähnt 24 ähnliche Fälle größtentheils aus der russischen medicinischen Litteratur; unter ihnen bestanden in 8 Molimina menstrualia, in 5 vikariirende Menstruation. **Reimann** (Kiew).

16) **E. C. Stirling** (Melbourne). Totalexstirpation eines carcinomatösen Uterus per vaginam. Heilung.

(Austral. med. journ. 1887. Januar.)

Fall bietet nichts Besonderes; wurde am 11. September 1886 operirt, am 14. November nach Hause entlassen. Angaben über späteres Verhalten fehlen. **Zeiss** (Erfurt).

17) **De Sinéty** (Paris). Zwei Fälle von Polymastie bei der Frau.

(Gaz. méd. de Paris 1887. Juli 2.)

Im ersten Falle saßen die überzähligen Gebilde, welche in der Schwangerschaft Milch secernirten, symmetrisch nach unten und innen von den eigentlichen Brustdrüsen. Im zweiten saß nur ein ganz kleines, überzähliges warzenähnliches Gebilde auf der linken Brustdrüse selbst, unterhalb der eigentlichen Warze; in der Schwangerschaft konnte keine Sekretion aus demselben konstatirt werden. **Zeiss** (Erfurt).

18) **W. von Reuss** (Bilin). Zur Palliativincision bei Peritonealtuberkulose.

(Wiener med. Wochenschrift 1887. No. 34.)

36jährige Frau, gesund bis vor 2 Jahren, hatte 3 Kinder geboren, welche sämmtlich an einer Lungenkrankheit starben. Seit einigen Monaten Zunahme des Unterleibes, Schmerzen daselbst und Diarrhoen. Die Untersuchung ergab eine bedeutende Abmagerung der früher kräftigen Frau, welche bei normalem Befunde der übrigen Organe nur mit dem abgesackten Ascites in Verbindung gebracht werden konnte. Als Ursache desselben erwies sich bei der Probeincision die Bauchfelltuberkulose, welche bereits zur Verklebung der Därme unter sich und mit der Bauchwand geführt hatte. Entfernung der Ascitesflüssigkeit und Austrocknung mit Jodoformgaze.

Verlauf glatt. Nach der Operation Gewichtszunahme. $^1/_2$ Jahr später Tod an Darmtuberkulose. **Felsenreich** (Wien).

Berichtigung. No. 19, p. 305, Z. 23 und 3 v. u. lies: 4$^1/_2$jährigen statt 3jährigen.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 22. **Sonnabend, den 2. Juni.** 1888.

Zur Technik der Ergotininjektionen. II.

Von

Dr. E. Bumm, Privatdocent.

Als einfaches Mittel, die örtlichen Reizerscheinungen nach Ergotininjektionen zu vermindern, hatte ich in No. 28 dieses Centralblattes vom vorigen Jahre empfohlen, schwächere 5- bis höchstens 10%ige Lösungen von Ergotin zu verwenden, diese zu neutralisiren und nicht in die Bauchdecken sondern in die Muskulatur der Nates zu injiciren. F. Engelmann (Kreuznach) hat in No. 1 dieses Centralblattes meine Vorschläge für überflüssig erklärt. Nach E. hat weder der Ort der Injektion, noch die Koncentration, noch die saure oder alkalische Reaktion der Lösungen mit den Reizerscheinungen etwas zu thun, sondern hängen dieselben einzig und allein von der Zersetzung des Präparates ab, welche nach der Vermischung mit Wasser sehr schnell, oft schon nach wenigen Stunden erfolgt. Ist keine Zersetzung eingetreten, so sollen selbst 50%ige Lösungen, ja reines Ergotin injicirt werden können, ohne dass unangenehme Nebenerscheinungen auftreten.

Ich bemerke dazu Folgendes:

1) Auch bei der Verwendung frisch bereiteter, völlig unzersetzter Präparate eignet sich die Muskulatur der Nates zur subkutanen Einverleibung des Ergotins entschieden besser, als die Bauchdecken. Treten überhaupt Reaktionserscheinungen an den Nates auf, so fallen sie bedeutend geringer aus und verschwinden viel eher wieder, als an den Bauchdecken. Mit Worten hierüber zu streiten ist unnöthig, da sich Jedermann durch einen vergleichenden Versuch leicht ein Urtheil über diese

Verhältnisse bilden kann. Natürlich müssen die Injektionen an den Nates wirklich in die Muskulatur und nicht in die Haut gemacht werden, weil sonst der Effekt derselbe bleibt, wie am Bauch. Bei Pat., die gezwungen sind, die Rückenlage einzuhalten, eignet sich besonders der untere Rand der Glutaeen, den man trifft, wenn man bei gespreitzten Beinen die Nadel senkrecht zur Haut in das Polster der Hinterbacken einsticht.

2) Stark saure Ergotinlösungen sind schmerzhafter als solche, bei welchen die Säure abgestumpft ist.

3) Der Koncentrationsgrad der Lösung ist für das Auftreten der Reaktionserscheinungen unzweifelhaft von Bedeutung. Auch dies ergiebt jeder Versuch.

Wenn E. erzählt, dass er 50%iges und sogar »reines« Ergotin, ohne unangenehme Nebenerscheinungen zu erleben, eingespritzt hat, so lässt sich diese Angabe nur so erklären, dass er unter »reinem« Ergotin das von dem Apotheker Bombelon in Neuenahr als dialytisches Injektionsergotin in den Handel gebrachte Präparat versteht. Dieses »reine« Ergotin Bombelon's, dessen Herstellung geheim gehalten wird, enthält aber 75% Wasser[1]. Wenn E. von Injektionen 50%igen resp. »reinen« Ergotins spricht, so hat er also thatsächlich nur Lösungen eingespritzt, welche 25 resp. 12,5% Extrakt enthielten. Da E. zu 50%igem resp. reinem Ergotin Bombelon nur ausnahmsweise, wie er selbst sagt, in dringenden Fällen greift, so muss ich schließen, dass er für gewöhnlich mindestens eben so schwache, wenn nicht noch schwächere Lösungen verwendet, als ich selbst empfahl, und kann ich E. desshalb das Recht nicht zuerkennen, meine Empfehlung, dünne Lösungen zu nehmen, für gleichgültig zu erklären.

Indem ich also meine früheren Angaben voll aufrecht erhalte, stimme ich E. darin gern bei, dass man nicht trüb gewordene, zersetzte Lösungen verwenden soll, da diese selbstverständlich mehr reizen als frische und klare. Auch gebe ich gern zu, dass sich verdünnte Lösungen trotz Zusatz von Antisepticis leicht zersetzen und dass man sie sich am einfachsten und billigsten — wie E. empfiehlt — selbst bereitet, indem man aus einer koncentrirten etwa 15 bis 20%igen Lösung, die sich auf längere Zeit hinaus gut erhält, zunächst die gewünschte Menge Ergotin in die Spritze einsaugt und durch Nachsaugen von gewöhnlichem reinen Wasser die beliebte Verdünnung direkt vor der Injektion herstellt.

---

[1] Das untersuchte Präparat wurde mir von Herrn Apotheker Bombelon selbst gefälligst zugesandt. Herr Prof. Kunkel hatte die Güte, den Wassergehalt bei der Eindampfung bis zur Dicke des Extraktes der Pharmakopoe zu bestimmen. Es ergaben sich, genau gerechnet, 26,1 Extrakt auf 100 der Bombelon'schen Lösung. Die Verdünnung mit Wasser scheint also bei der gerühmten Schmerzlosigkeit des Bombelon'schen Ergotins eine große Rolle zu spielen. Ob die nach der Verdampfung des Wassers zurückbleibende Extraktmasse weniger unwirksame und mehr wirksame Bestandtheile enthält als das nach Wernich's Vorschriften bereitete Extr. secal. bis dep. der Pharmakopoe, ist bei unseren jetzigen Kenntnissen über das Ergotin schwer zu sagen, zumal wir nichts Genaueres über die Herstellung des Bombelon'schen Ergotin wissen. In so weit sich ein Urtheil hierüber durch die Anwendung beim Menschen gewinnen lässt, kann ich nur mittheilen, dass ich bei 2 auf Ergotin sehr empfindlichen Frauen, welche bereits nach 2 Spritzen einer 5%igen Lösung jedes Mal deutlich wehenartige Schmerzen berichteten, gleiche Mengen des Bombelon'schen Präparates — auf das wasserfreie Extrakt bezogen — nicht wirksamer gefunden habe, als gleiche Mengen des billigeren und auch nicht mehr schmerzenden Extr. sec. bis dep. Wernich, das man in jeder ordentlichen Apotheke gut erhalten kann.

1) **Thomas J. Mays** (Philadelphia). Die Kleidung des Weibes ein bestimmender Faktor bei der Lungenschwindsucht.

(Med. news 1888. Januar 7. p. 4.)

Verf. führt das Prävaliren der Lungenphthise beim männlichen Geschlechte zurück auf die Kleidung und die durch dieselbe bedingte Verschiedenheit des Athmungstypus: beim kostalen Athmen des Weibes werden die Lungenspitzen weit besser ventilirt, als beim abdominalen Athmen des Mannes. Das kostale Athmen beim civilisirten weiblichen Geschlechte ist erworben durch die Kleidung, durch die Schnürung des Bauches; die Indianerfrau athmet abdominal.

Kreutzmann (San-Francisko).

---

2) **Andrew C. Currier** (New York). Der Einfluss der Fettleibigkeit bei jungen Frauen auf die Funktion der Menstruation und Generation.

(Med. news 1888. Februar 18. p. 172.)

Verf. unterscheidet 2 Kategorien: in die erste gehören junge Frauen, welche rasch hinter einander eine Serie von Entbindungen gehabt; in die zweite solche, welche entweder gar nicht oder 1—2mal geboren haben. Die Erscheinungen sind bei beiden dieselben: starke Vermehrung des Fettpolsters, dabei entweder Amenorrhoe, oder »Oligomenorrhoe«, oder Dysmenorrhoe, trotzdem früher die Menses normal gewesen; ferner Sterilität, zuweilen vikariirende Blutungen,

Die Prognose hält Verf. für ungünstig in Fällen erster Kategorie; bei denen der zweiten Klasse dagegen sehr günstig: mit dem Verschwinden der Fettsucht trete die Periode in früherer Weise und die Möglichkeit der Konception wieder ein. Als Mittel zur Behandlung werden empfohlen Regelung der Diät, kalte Bäder, Bewegungen, Massage, allgemeine Faradisation und Einwirkung des faradischen Stromes auf die Gebärmutter.

Kreutzmann (San-Francisko).

---

3) **Currier.** Die Abortivbehandlung der Gonorrhoe bei Weibern.

(New York med. journ. 1887. Oktober 29. p. 494.)

C. betont gegenüber einer missverständlichen Auslegung eines Autors in einer früheren Nummer des Journals, dass er nur schwächere Lösungen von Höllenstein in der Behandlung des weiblichen Trippers zu Einspritzungen empfohlen habe. Wenn er stärkere Lösungen (1 : 10) anwandte, so geschah dies nur, indem er damit angefeuchtete Wattebäusche gegen die Uterusschleimhaut andrückte. Auf diese Weise vermag man die Gonokokken zu zerstören. Die von ihm auf Scheidentampons eingeführte Mischung von Bismuth mit Glycerin 1 : 3 hat zwar nicht das Vermögen, den Gonococcus zu tödten, allein

sie wirkt vorzüglich, indem sie das Scheidensekret verändert und es zu einem schlechten Nährboden umgestaltet. **Lühe** (Demmin).

---

4) **Kelly.** Lithiasis in der Schwangerschaft.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. December 3. p. 705.)

Dass ungewöhnlich häufig sich während der Schwangerschaft Lithiasis entwickelt, ist eine bekannte Thatsache. K. findet, dass die eigenthümlichen Stoffwechselverhältnisse der Schwangerschaft, deren Einfluss auf den Allgemeinzustand des Körpers und ihre Rückwirkung auf die einzelnen Organe durchaus denjenigen gleichen, welche wir bei der harnsauren Diathese finden. Er geht diese Veränderungen in den verschiedenen Organen und ihrer Lebensthätigkeit einzeln durch und in der That ist die Ähnlichkeit der Erscheinungen bei den verglichenen Zuständen unverkennbar. Hieraus folgert nun K. umgekehrt, dass ein großer Theil der Erscheinungen während der Schwangerschaft eben auf die dabei eintretende harnsaure Diathese zurückzuführen sei. Wie diese nun zu Stande komme, das freilich sei durchaus fraglich. **Lühe** (Demmin).

---

5) **Duncan MacKim.** Der derzeitige Stand der Ansichten über Laparo-Elythrotomie mit einem günstig verlaufenen Fall.

(New York med. journ. 1887. December 10. p. 650.)

Die Hauptursache für die geringe Beachtung, welche die schon seit 1800 von Joerg in Vorschlag gebrachte Laparo-Elythrotomie bisher trotz ihrer neueren Empfehlung durch Thomas und Skene gefunden hat, ist das Aufblühen des Kaiserschnittes in seinen verschiedenen Modifikationen in der Neuzeit. Auch haben die 14 bisher gemachten Operationen jener Art 50% Mortaliät geliefert, statt der 30% des Sänger'schen Kaiserschnittes. Allein wenn man die tödlichen 7 Operationen einer genauen Betrachtung unterzieht, so findet man, dass alle diese Todesfälle dem Zustand der Kreißenden vor der Operation, nicht dieser selbst zur Last zu legen sind.

Bei der Unbekanntschaft der Laparo-Elythrotomie in Deutschland erscheint es geboten, dieselbe zu beschreiben. Man macht einen Einschnitt von einem Punkt etwa $2^1/_2$ cm oberhalb der Spina anter. super. ossis ilei zu einem Punkt etwa $2^1/_2$ cm oberhalb und etwa 4 cm nach außen von der Spina pubis; man wählt des Rectum wegen lieber die rechte Seite. Die Gewebe werden getrennt, bis das Bauchfell erreicht ist, dies wird dann emporgeschoben und so die Vagina freigelegt. In der Scheidenwand wird nun dicht an dem Cervix ein Schlitz gemacht und das Kind durch den erweiterten Muttermund, durch den Schlitz in der Scheide und die Hautwunde entwickelt.

Vergleicht man vorurtheilsfrei diese Operation mit dem Kaiserschnitt, so erkennt man, dass die Gefahren der ersteren weit geringer als die des letzteren sind, da ja das Peritoneum bei ihr gar nicht geöffnet wird, dasselbe in der Schwangerschaft verdickt ist und

somit leicht zurückgeschoben werden kann, ohne es einzureißen. Die Blutung aus der Scheidenwunde ist nur gering, die Entwicklung des Fötus meist leicht. Die angeblich gefährdeten Ureteren sind noch niemals verletzt worden, eine etwaige zufällige Verwundung der Blase heilt meist ohne Naht, welche nur 1mal nothwendig geworden ist. Auch ist die Technik der Operation leicht, sie erfordert wenig Zeit.

Bei der eingehend beschriebenen Operation wurde Sublimat als Antisepticum angewendet und eine Vaginalelektrode in die Scheide als Leiter eingeführt, auf welcher dann ein etwa 7 cm langer Schlitz gemacht wurde, der Kindskopf musste mit der Zange extrahirt werden, das Kind war todt, die Placenta wurde exprimirt. Nach Ausspülung der Scheide und des Uterus wurden in jene 3 Drainröhren eingelegt und die äußere Wunde um sie genäht. Es trat schließlich Heilung ein, ohne dass sich Zeichen von Blasenverletzung gezeigt hätten. Das Becken der Mutter betreffend, war die Conjugata etwa 7 cm, die Entfernung der beiden Spinae anter. super. betrug 20, die der Mitten der Cristae 21 cm, die seitliche Verengerung war die Folge überstandener Coxitis. **Lühe** (Demmin).

---

6) **Buckmaster.** Schwangerschaft und künstliche Befruchtung als Ersatz für die Entfernung der Uterusanhänge in gewissen Fällen.

(New York med. journ. 1887. November 26. p. 595.)

Ausgehend von der bekannten Ansicht vieler Gynäkologen, dass den weiblichen inneren Geschlechtstheilen beim Coitus auch eine aktive Rolle zukomme und namentlich Uteruszusammenziehungen dabei den männlichen Samen durch den Cervikalkanal in die Gebärmutterhöhle schaffen, ist Verf. darauf verfallen, der Unmöglichkeit dieser aktiven Bewegungen eine große Bedeutung für die Unfruchtbarkeit der Weiber zuzuschreiben. Unter den hier in Betracht kommenden Krankheiten sind namentlich Uterusfibroide, so wie Exsudate um den Uterus, die Tuben und die Eierstöcke, so wie dadurch bedingte Lageveränderungen etc. hervorzuheben. Alle diese Zustände aber würden durch den Eintritt einer Schwangerschaft eine wesentliche Besserung erfahren, wenn nicht sogar ganz gehoben werden können. Da nun auf natürlichem Wege das Zustandekommen derselben ausgeschlossen ist, so würde die künstliche Befruchtung etwa in der schon von Sims geübten Weise vorgenommen werden können und damit der Kranken die gefährliche und verstümmelnde Hegar-Battey'sche Operation erspart bleiben. Ein vom Verf. vorgenommener Versuch scheiterte daran, dass nach mehrmaligem Misserfolge die Frau die Geduld verlor und von anderen Ärzten die Kastration ausführen ließ. **Lühe** (Demmin).

---

7) **Lauro** (Neapel). Rachitis congenita.

(Annali di ostetricia etc. 1887. November—December.)

Gestützt auf eine eigene Beobachtung, auf Museumpräparate und auf Litteraturstudien glaubt Verf. behaupten zu können, dass die sogenannte Rach. cong. nur zuweilen als Mykromelie zu deuten, in der größten Mehrzahl der Fälle aber, ein dem Rachitismus vollkommen analoger Process sei, da die Rachitis nicht nur den fertigen Knochen, sondern auch den in Bildung begriffenen betreffen kann. Rachitis der Mutter scheint zur fötalen Rachitis zu prädisponiren. Die bei rachitischen Neugeborenen vorgefundenen Kontinuitätstrennungen sind wahre Frakturen, die dem Mangel an Kalksalzen der fötalen Knochen ihre Entstehung verdanken. Diese Frakturen können jeden Knochen des Skeletts betreffen und alle möglichen Varietäten Heilungsstadien bei der Geburt zeigen. Die Veränderungen, die von einigen Autoren als annuläre Rachitis beschrieben wurden, sind wahrscheinlich als in Heilung (Callus) begriffene Frakturen zu betrachten. In schweren Fällen von angeborener Rachitis kommen nicht nur Missbildungen der Gliedmaßen vor, sondern es können auch durch Deformation des Brustkastens und durch mangelhafte Bildung des Schädelknochens die extra-uterinen Funktionen der Lungen und des Gehirns derart behindert werden, dass die Kinder nicht fortleben können. **Liebman** (Triest).

---

8) **Parvin.** Verletzungen des Fötus bei der Geburt.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. November 26. p. 677.)

Abgesehen von kleinen Verletzungen des Kindskopfes bei der Geburt durch die Zange, welche höchstens gelegentlich, wie ein Fall von Tarnier beweist, durch Erysipel zum Tode führen können, sind eine Anzahl von Fällen bekannt, in denen ausgedehnter Brand der Kopfschwarte eintrat. Drei der gesammelten Fälle von Priestley, Lizé und Lorain sind bei spontanen aber durch Beckenenge verzögerten Geburten vorgekommen, während Goodell einen solchen Fall nach einer Zangengeburt sah. Im Gegensatz zu den Meinungen Anderer, z. B. Schröder's, hält Verf. an der Möglichkeit fest, dass Depressionen der Schädelknochen auch ohne Fraktur sich ausbilden könnten.

Offenbar kann große Kraft auf den Kindskopf angewandt werden, ohne dass die Knochen brechen, oder bei Wendungen auf die Füße mit großer Gewalt an dem Körper gezogen werden, ohne dass die Wirbelsäule zerreißt, oder der Unterkiefer luxirt wird. Goodell hat die hier ohne Gefahr aufgewendeten Kräfte auf 65—100 Kilo berechnet, wogegen Champetier weit kleinere Zahlen fand. Dennoch kommen auch bei anscheinend leichten und schnellen Geburten Brüche der kindlichen Kopfknochen vor.

Dugès und Verf. selbst haben Austritt des Augapfels aus

der Augenhöhle bei Fraktur des Stirnbeins gesehen, ohne dass baldiger Tod die Folge war.

Facialisparalyse entsteht zwar meist nach Zangenanwendung, allein Verf. hat selbst 8 Fälle der Art gesammelt, bei denen die Geburt spontan vor sich gegangen war, Seeligmüller gleichfalls 1 Fall von doppelseitiger Lähmung ohne Anlegung der Zange gesehen. Der Grund ist Druck eines Zangenblattes auf den Nerv dicht am Foramen stylomastoideum, und das Fehlen des Processus mastoideus, so wie die geringe Entwicklung des Gehörganges am Kindesschädel begünstigen das Zustandekommen. Meist tritt in etwa 6 Wochen, zuweilen schon in 10 Tagen Genesung ein, aber Duchenne sah auch jahrelanges Fortbestehen.

Wenn auch der alte Streit über die Entstehung des Torticollis noch nicht entschieden ist, so ist doch als sicher anzunehmen, dass er wenigstens in vielen Fällen sicher auf Verletzung des Muscul. sternocleido-mastoideus, Zerreißung, Blutaustritt in der Geburt beruht. Meist werden solche Verletzungen bei nachfolgendem Kopfe, seltener bei Kopflagen und Zangengeburten entstehen.

Auch Idiotie ist nicht selten als Folge schwerer Geburten beobachtet worden.

Verschiedene Verletzungen des Stammes sind von Ruge gesammelt worden und Zweifel führt manche Fälle von Ankylose der Symphysis sacroiliaca auf Verletzung während der Geburt zurück.

Brüche des Schulterblattes und des Oberarmes sind gewiss viel häufiger, als die spärlichen Veröffentlichungen annehmen lassen, da sie gut und schnell heilen. Sie werden beim Lösen der Arme durch die Geburtshelfer herbeigeführt. Dagegen ist Lähmung der Arme zuweilen cerebral und Folge einer Blutung in die Schädelhöhle entweder durch den Druck der Zange oder auch bei schweren Spontangeburten. Allein sie kann auch durch Druck auf den Plexus veranlasst werden, z. B. in Fassbender's Fall, ausgehend von einem Hämatom oberhalb des Schlüsselbeins. Delore schrieb eine unheilbare Lähmung des Armes der Zerreißung eines Nervenstammes inter partum zu, zumal wenn die ausgestreckten Arme bei Beckenendlagen oben festgehalten werden, so wie wenn bei Kopflagen ein Finger oder Haken in die Achselhöhle eingehakt und stark gezogen wird, wird solche Lähmung entstehen. Zuweilen wird sie aber auch mit Luxation verwechselt.

Die meisten Frakturen der Oberschenkel dürften wohl bei Steißgeburten mit dem Finger oder Haken gemacht werden, wenn er in die Schenkelbeuge zur Beschleunigung der Extraktion eingesetzt wird, oder auch bei Wendungen. Doch sah Meyer einen, Vanderveer sogar beide Oberschenkel bei Geburten ohne Kunsthilfe brechen. Hüftgelenksluxationen sind sehr selten. Hemiplegien und Paraplegien sind nur bei schweren Verletzungen des Kopfes und der Wirbelsäule möglich und die Kinder sterben meist nach wenigen Tagen. Ob zur Verhütung des tödlichen Ausgangs bei ersteren nicht viel-

leicht öfter von der Trepanation Gebrauch zu machen wäre, möchte der Verf. der Erwägung anheimstellen. Zumal dürfte ein solcher Eingriff wohl angezeigt erscheinen, wenn es sich um eine erkennbare Depression der Schädelknochen handelt. **Lühe** (Demmin).

Kasuistik.

9) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

Sitzung vom 21. November 1887.

Vorsitzender: Herr Zweifel, Schriftführer: Herr Sachse.

Nach Verlesung des Protokolls spricht Herr Hennig 1) Über Menstruation nach doppelter Oophorotomie.

So lange man gewöhnt war, Menstruation und Ovulation als gleichzeitige, so zu sagen einander bedingende Vorgänge zu denken, mussten Beispiele von periodischen Blutungen aus den Genitalien Solcher, welche beider Ovarien verlustig gegangen waren, für Abnormitäten gelten, wofern es nicht gelang, follikelhaltende Reste wenigstens eines Eierstockes, oder eines dritten, zurückgebliebenen Eierstockes in dem betreffenden Individuum nachzuweisen.

Redner, welcher im Ganzen zu der physiologischen Theorie Bischoff's hält, war schon einmal in dem Falle, auf Anfrage Hegar's von einem hier einschlagenden Ereignisse zu berichten. Es betrifft den von Germann und Hennig operirten Hydrops beider Eierstöcke vom Jahre 1869.

Frau Hofmann aus Hayn im Erzgebirge, 31 Jahre alt, hatte Ende November 1868 das 4. Kind geboren, gesäugt. Nach dem Entwöhnen waren die Menses nicht wiedergekehrt. Der rechte Eierstock war bereits vor einem Jahre empfindlich und begann Mitte December 1868 sichtlich zu schwellen. Der linke ließ vom Mastdarm aus kleine, bewegliche Härten fühlen. Auffallend war die Weichheit des 7 cm langen, nach vorn gebeugten Uterus. 27. Oktober 1869 Oophorectomia duplex. Schlimme Blutung aus den großen, mit den Geschwülsten verwachsen gewesenen, nun angerissenen hypogastrischen Venen, vom Redner durch manuelle Kompression, dann durch rasches Schließen der Bauchwunde und Druckverband gestillt (Collodium ricinatum; ehe dieses aufgestrichen war, bedeckte sich die Umgebung der vernähten Hautwunde mit centrifugal fortschreitenden Sudamina!). Extraperitoneale Versorgung der Stiele.

3 Wochen danach stieß sich aus einer breiten Fistel des rechten Mittelbauches noch ein langer Streif des mit der Bauchwand verwachsen gewesenen rechten Cystoids eitrig ab.

Trotzdem berichtete mir die Operirte, als sie einige Monate nachher Leipzig besuchte, dass sie mehrmals, wenn auch spärlich, menstruirt habe. Dies muss um so mehr Wunder nehmen, als der rechte Eierstock an der Innenwand des Sackes vor der Operation eiterte und Fieber verursachte, und die Stümpfe innerhalb der Klammer mit Eisenchlorid behandelt worden sind.

Die erste Meldung von Katamenien nach Oophorect. duplex rührt von Storer (Scheidenoperation: Amer. Journ. of med. science, Jan. 1866, p. 119; dann Canadian med. Journ. for 1868), die nächsten von Voss (skandinavisch, ref. in Centralbl. f. d. med. Wissensch. 27. Nov. 1869) und von Terrier her (v. Sinéty ref. Gaz. hebdom. 15. Dec. 1876; in derselben Zeitschrift 27. Dec. 1878 wird noch von einem Beispiele berichtet: 25jähriges Mädchen, Blumenkohlgewächs, drainirt nach Doppeloperation, darauf Menses).

In Wien (C. Braun) ward ein Mädchen mit mangelnder Scheide wegen Hystero-Epilepsie operirt; am 5. Tage nach der Exstirpation traten die Regeln ein (1879); endlich ward (in demselben Jahre) eine Doppeltoperirte wieder menstruirt und musste zum dritten Male der Laparotomie unterworfen werden, um die Reste einer Stielcyste herzugeben.

Das zweite Beispiel des Redners betrifft eine jungfräuliche Leipzigerin; im

Alter von 22 Jahren bot sie eine rechtsseitige zweikammerige Ovarialcyste dar, welche H. am 7. September 1886 exstirpirte. Der linke Eierstock kaum doppelt so groß als normal; da er aber mehrere Cystchen und an der Basis ein großes Corpus rubrum einschloss, ward er ebenfalls entfernt. Beide Stümpfe wurden durchstochen, nach beiden Seiten unterbunden, dann auf der Schnittfläche noch einzelne größere Arterien, worauf der Pacquelin'sche Thermokauter leicht über die Flächen geführt ward. Seit dieser doppelten Operation menstruirt das junge Mädchen (es sind nun 15 Monate) so reichlich und regelmäßig, wie vor der Erkrankung.

An der Schnittfläche des sehr kurzgestielten rechtsseitigen Balges ließ sich kein Ovulum entdecken; dagegen bietet die periphere Schnittfläche des etwas längeren linken Stieles drei dicht neben einander liegende, nicht ganz normale Follikel, bestätigt durch den 1. Assistenten der hiesigen pathologisch-anatomischen Anstalt, Herrn Schmorl.

Eine noch im fruchtbaren Alter stehende Dame, welche wegen chronischer blennorrhagischer Salpingo-Oophoritis der betreffenden Organe beraubt wurde, schreibt, dass sie nur in den der Operation nächstfolgenden Monaten regelmäßige »Wallungen« ohne Blutverlust gehabt habe, jetzt aber nur unperiodische Nervenschmerzen erdulde.

Es ist also in dem Beispiele von dem jungen Mädchen das Zurückbleiben von Follikeln im linken Stielreste als Hauptursache der fortbestehenden Katamenien aufzufassen. Der kleinste Follikel misst daselbst linear 20 μ; ein mittelgroßer 34 μ, dessen Ovulum 5 μ; der größte Balg 138,5 μ, sein Ovulum 4,7 μ, dessen Kern 0,45 μ; das Epithel ist 20 μ lang, 10 μ breit, dessen Kern 0,45 μ. Es ist aber das Keimepithel nirgends normal, sondern verkürzt, meist abgestoßen.

Zunächst ist sehr auffällig und wohl noch nirgends dargethan wie hier, dass Follikel im Stiele, also in der Markschicht des Eierstocks auftreten, statt nur in der Rinde. Spencer Wells muss eine derartige Anomalie für möglich gehalten haben, denn er warnt vor dem Zurücklassen irgend eines Restes vom geschwollenen, wenn auch langgestielten Eierstockes, in jedem Falle, wo irgend ein Theil der Tube mitentfernt worden ist, »da ein nachher reifendes Ei nicht wüsste, wohin«. Auch meldet Prewitt in Saint-Louis (Annales de gynécologie 1876), dass eine Gerettete nochmals durch den Stiel (extraperitoneal) menstruirte.

Andeutungen zu solcher Schlussfolgerung findet man in A. Puech's Aufsatze über den Einfluss der vikariirenden Menstruation auf Ovulation: Gaz des hôp. 21—24 April 1863 und bei L. Ormières (Menstr. nach Oophorekt.: Arch. génér. Febr. 1881.)

Schatz (Centralbl. f. Gynäk. 23. 1885) nimmt freilich an, dass »auch der geringste Rest des Eierstockes nicht nur die Menstruation unterhält, sondern auch noch normale Schwangerschaft bewirken kann (vgl. seinen Fall nach doppelseitiger Oophorektomie), und dass die Tube durch die Kleinheit des Ovarium nicht mehr gehindert wird, das Ei aufzufangen, als dies durch abnorme Größe und Form desselben geschieht«. Er empfiehlt für entsprechende Fälle lieber einen sehr kleinen Rest des Ovariums zurückzulassen und diesen behufs der Blutstillung zu unterbinden, als einen größeren und diesen direkt zu vernähen.

In der Diskussion bemerkt Herr Sänger, dass er unter ca. 40 Fällen von Kastration nur in zweien Fortdauer periodischer Blutungen beobachtet habe. Dass dieselben auch rein uterinen Ursprunges sein können, beweise namentlich der erste Fall, welcher in No. 2, 1888 (p. 18) des Centralblattes für Gynäkologie ausführlich mitgetheilt worden ist. Nach Vornahme der Kastration wegen Retroflexio uteri und Endometritis chron. mit sehr schweren Symptomen, stellten sich hier alsbald doch wieder starke Blutungen in 3—4wöchentlichem Turnus ein. Nach einer Abrasio mucosae uteri wurde dann abermals die Laparotomie gemacht, wobei von den Ligaturstümpfen und damit von den Adnexen keine Spur mehr vorgefunden wurde. Die Blutungen hörten nun auf. Da sonst kein »Reizherd« existirte, so konnte nur die nach der Kastration weiter bestehende Uteruserkrankung die Menstruation unterhalten haben.

In dem II. Falle handelte es sich um eine Kastration bei multiplen Myomen des Uterus. Die Entfernung der Adnexe, welche förmlich in Furchen zwischen Myomknoten vergraben lagen, war schwierig, gelang aber sicher vollständig. Trotzdem sich der Uterus in der Folge wesentlich verkleinerte, halten regelmäßige, 4wöchentliche Blutungen nun schon über 1 Jahr an, sind aber viel geringer als sonst. S. vermuthet, dass auch hier eine Endometritis fortbesteht, und würde eventuell noch die Abrasio mucosae nachschicken. Seit diesen Erfahrungen versäume er nie, nach der Kastration die Pat. darauf aufmerksam zu machen, dass periodische Blutungen wohl möglich seien. S. bespricht schließlich die am 2. oder 3. Tag nach einer Kastration ausnahmslos auftretenden Blutungen, die zuweilen außerordentlich profus seien und die Tamponade erforderten.

Herr Fritsche berichtet über einen Fall, wo wegen Ovaralgie und »Hystero-Epilepsie« von Herrn Sänger seiner Zeit die Kastration vorgenommen wurde und wobei zum I. auf die Operation folgenden Menstruationstermin eine geringe Blutung eintrat, zum II. sodann unter den früheren Beschwerden ein Klumpen Blut abging, worauf dann erst Versiegen der Menstruation eintrat.

Herr Zweifel frägt nach dem Alter der von Sänger erwähnten Kranken.

Herr Sänger: 36 und 32 Jahre.

Herr Zweifel führte bei einer Pat. mit großen, fest eingewachsenen Fibroiden Kastration aus und erhielt später die Nachricht, dass unregelmäßige Blutungen wieder aufgetreten seien. Die Frau fürchtete darauf hin ein Wiederwachsen der klein gewordenen Geschwulst. Er sah die Kranke noch einmal. Die Geschwulst vor der Operation von der Größe eines Uterus gravidus VIII mensium ragte 2 Querfinger breit über den horizontalen Schambeinast. Dann ließ die Frau nichts wieder von sich hören. Zwei Jahre später starb sie an Lungentuberkulose und ergab die Sektion zunächst die Bauchschnittnarbe so gut geheilt, dass die Narbe außen wie innen ohne das genaueste Nachsehen nicht zu erkennen war.

Nur an einer kleinen Stelle war das Netz mit einem Strange an die Mittellinie angeheftet. Die Stümpfe der Tuben waren bis an die Uteruskante heran atrophirt, von der verwendeten Seide keine Spur mehr, eben so wenig etwas von den Ovarien zu entdecken. Die Fibroide waren sehr klein, der Uterus ungefähr von der Größe einer Orange, nirgends verwachsen. Jene Blutung, von der Vortr. benachrichtigt worden, war die letzte gewesen. Nachher trat vollkommenste Sistirung der Blutungen ein.

Redner räth in allen ähnlichen Fällen zur Geduld, nach einiger Zeit hört die Blutung regelmäßig ohne weiteres Zuthun auf, so dass man trotz solcher Erlebnisse den Kranken gegenüber mit gutem Gewissen bei Ausführung der Operation die Cessatio mensium in Aussicht stellen könne. Man dürfe solche ungewöhnliche Erlebnisse mit Fortdauer von Blutungen ja nicht zu früh veröffentlichen, weil eine Zurücknahme der Irrung nicht Jedermanns Sache sei, andere Autoren aber zur Verwerthung für gewisse Tendenzen aus der verfrühten Angabe Kapital zu schlagen suchen.

Herr Hennig: 2) Über die Bedeutung des schrägen Durchmessers im Beckeneingange (unter Benutzung der neuesten Arbeiten von L. Prochownick und der Beckensammlung Emil Schmidt's, Leipzig).

Da die wichtigen Sammlungen von Godeffroy aufgelöst und zum Theil nach Leipzig übergegangen, aber noch nicht zugänglich sind, so ist die Veröffentlichung P.'s (Messungen an Südseeskeletten, Hamburg 1887 — und Beiträge zur Anthropologie des Beckens, Arch. f. Anthropol. Bd. XVII, Hft. 1 u. 2) der Beachtung auch der Geburtshelfer werth.

P. setzt, wie voraus zu bemerken, um den Abstand der Sp. ant. sup. oss. ilium zu messen, den Tasterzirkel nicht, wie die Berliner Schule, an die innersten, sondern an die äußersten Punkte der Hüftbeinstacheln. Er fand, dass sich die absoluten Maße des Beckens innerhalb eines Volksstammes, mit Ausnahme der Neigung, sämmtlich proportional zur Körperlänge verhalten; ferner, dass jene Maße sich umgekehrt proportional zu der als Einheit = 1000 angenommenen Körperlänge verhalten.

Daher dringt P. darauf, zur Entscheidung von Rassenverschiedenheiten zunächst nur von der Körperlänge derselben Individuen zu abstrahiren; doch könne man statt der Körperlänge auch die Länge einer Extremität oder des Schädels als Grundmaß annehmen. Korrekturen sind nicht ausgeschlossen. Überall prägen sich schärfer und klarer die Unterschiede des Typus beim männlichen Geschlechte aus. Er zieht mit Recht auch den Durchmesser der Rollhügel an.

Nachdem Sprecher (dasselbe Archiv 1885) nachgewiesen, dass der schräge Durchmesser in den bisher gemessenen gesunden Becken der weißen Rasse, ausgenommen die Slaven, und der mongolisch-amerikanischen Stämme niemals den queren des Eingangs erreicht, geschweige denn übertrifft, war es von Belang, die neuesten Ergebnisse mit diesem Axiome zu vergleichen. So zeigt sich unter 7 weiblichen Becken von den Viti-Inseln 3mal, unter 3 australischen Becken 2mal, unter 4 von den Karolinen 3mal, in dem einzigen Becken der Anchor-Inseln ebenfalls der schräge Durchmesser gleich oder > dem queren. Unter den 4 weiblichen Becken der Schmidt'schen, der Veröffentlichung noch harrenden Sammlung bietet nur 1 jenes Verhältnis: 20jährige, Carmen Aldarcte, Zwergin (patagonisch? ÷ im Hospitale zu Aucud, Chiloe).

Schließlich spricht Redner 3) Über »Klapperschlangen-Neugeburt« (American naturalist Vol. XXI. No. 3. März 1887.)

Die Schlange Massasauga (Crotalophorus trigeminus Holb.) sorgt auf eigenthümliche Weise für ihre Jungen. Wie Brehm in seinem »Thierleben« anführt, hat schon Palijot-Beauvois berichtet, dass die jungen Schlangen bei drohender Gefahr sich in den Rachen der Mutter flüchten. Seitdem sind auch von unserer Kreuzotter derartige Fälle bekannt geworden. Harvey und O. P. Hay sahen an zwei gefangenen Thieren, dass die Jungen von ihrer Geburt an bis zum Alter von 1 Monat, wo sie sich häuten — aber nicht darüber — frei in den Rachen der Mutter aus- und einspazierten und bis zum Magen vordrangen. Manchmal befanden sich 3 oder 4 junge Schlangen in ihrem mütterlichen Zufluchtsorte, und die alte Schlange erleichterte ihnen durch Aufsperren des Maules den Weg. Diese alten Schlangen sowohl, wie ihre Jungen, hatten seit ihrer Gefangennahme (1. August) bez. Geburt (1. September 1886) bis zur Abfassung des Hay'schen Berichtes (28. Januar 1887) weder Nahrung noch Wasser aufgenommen; trotzdem waren aber die Jungen gewachsen.

Dieser Bericht dürfte nach Redners Dafürhalten einen Lichtstreifen werfen auf die Erzählung von den Neugeborenen des Seeschweines, Phocaena communis, welche, wie schon Aristoteles wissen will, auf kurze Zeit in den Gebärschlauch der Mutter zurückkehren sollen, ehe sie ihr Leben selbständig in der Außenwelt fortsetzen (s. dieses Centralblatt 1881 und »Deutsche med. Wochenschrift« 1880).

Nach Übernahme des Vorsitzes durch Herrn Sänger spricht

Herr Zweifel über Kolpitis emphysematosa speciell den in einem solchen Fall mit voller Sicherheit gelungenen Nachweis von Trimethylamin als Cysteninhalt.

Der Vortrag ist ausführlich im Archiv für Gynäkologie Bd. XXXI. p. 363 erschienen. Redner räumt ein, dass die Fälle von Chiari entweder das in die Spalträume entwichene Gas der geplatzten Cysten darstellen, oder dass es zweierlei gashaltige Gebilde in der Vagina gebe: Trimethylaminhaltige Retentionscysten aus präformirten Drüsenräumen und ein ätiologisch nicht aufgeklärtes Emphysema vaginae. So lange nicht strikte Beweise gegen die erstere Annahme erbracht werden, hält er allerdings Gasretentionscysten in Drüsen entstanden und nach ihrem Platzen Verbreiten des Gases in die Spalträume für wahrscheinlicher.

Herr Haake frägt an, ob sämmtliche Fälle Schwangere gewesen, was Vortr. bejaht.

---

10) **F. Schwarz** (Wien). Über die palliative Incision bei Peritonitis tuberculosa.

(Wiener med. Wochenschrift 1887. No. 13—15.)

29jährige Pat. hat 2mal, das letzte Mal vor 3 Jahren geboren. Im Sommer 1886 18wöchentliche fieberhafte Erkrankung mit 2 hämoptoischen Anfällen. Seit Oktober 1886 hörten die Menses auf, traten Unterleibs-, Respirations- und Cirkulationsbeschwerden ein. Fiebernd, in elendem Zustande wurde Pat. mit der Diagnose einer Ovarialgeschwulst zugeschickt.

Die Untersuchung ergab Tuberkulose des linken oberen Lungenlappens, spärliche Tuberkelbacillen im Sputum, starke Spannung, deutliche Fluktuation und großwellige Undulation über dem ganzen Abdomen, aber keinen Abdominaltumor. Die Diagnose wurde nun auf Tuberkulose der Lungen und des Peritoneum gestellt, doch konnte nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, ob die Erkrankung nicht primär von den Genitalien ausgehe. Bamberger bestätigte die Diagnose, rieth aber nur zur Punktion, da die Erkrankung in den Lungen bereits zu weit gediehen sei. Es wurden nun 12 Liter einer serösen Flüssigkeit mittels Trokar entleert (Breisky). 8 Tage später war, was Fieber und Transsudat betrifft, derselbe Zustand wie früher. Pat. verlangte nun selbst die früher gegen den Ovarialtumor verheißene Laparotomie, so dass Breisky eine 10 cm lange Palliativincision und die Toilette des Peritoneum, welches von zahlreichen Tuberkelknötchen besetzt war, mit trockener Jodoformgaze vornahm. Vollständige Heilung p. p. int. Pat. befand sich sofort nach der Operation wohl und blieb es unter zunehmender Ernährung bis zum Tage der Publikation des Falles (2. April). Es erfolgte kein weiterer Nachschub im Transsudate.

Breisky erklärt sich den günstigen Verlauf durch die Entlastung von dem Exsudate und durch den Reiz, der das bloßgelegte Peritoneum zur Bildung festerer Verklebungen und Adhäsionen (Umwandlung der exsudativen in die adhäsive Form der Peritonitis) anregt.

S. zieht nun den Schluss aus den günstigen Resultaten der bisher mitgetheilten 17 Fälle, dass bei sichergestellter Diagnose auf Bauchfelltuberkulose die palliative Incision der Punktion vorzuziehen sei. Möglichste Entleerung des Transsudates, desinfektorische Toilette des Bauchfelles und genauer Verschluss der Bauchwunde sind nothwendig. Jugendliches Alter ist keine Kontraindikation; auch bei nicht allzu weit vorgeschrittener Affektion der Lungen ist die Operation angezeigt. **Felsenreich** (Wien).

11) **Terrillon** (Paris). Über die Auswaschung der Peritonealhöhle nach Laparotomie.

(Bull. med. 1887. Oktober 12.)

T. empfiehlt eine gründliche Auswaschung der Peritonealhöhle nach jeder Laparotomie, um Coagula, Cystenflüssigkeit etc. zu entfernen. Hierzu bedient T. sich eines Irrigators. Reines filtrirtes und gekochtes Wasser ohne Zusatz eines antiseptischen Mittels genügt. 40 so behandelte Fälle verliefen ohne Sepsis.

W. Nagel (Berlin).

12) **D'Antona** (Neapel). Zur Abdominalchirurgie.

(Separatabdruck aus Giorn. intern. di Sc. med. 1887.)

Unter obigem Titel veröffentlicht Verf. einen detaillirten Bericht über mehrere schon an anderen Orten mitgetheilte Operationsgeschichten und über 19 neue Operationen (10 Ovariotomien; 1 Amputatio uteri supravaginalis, 1 Exstirpation eines Tumors des Bauchfells, 1 Exstirpation eines Sarkoms des Mesenteriums, 3 vaginale Uterusexstirpationen, 3 Nierenexstirpationen mit einem einzigen Todesfall — Nierenexstirpation).

Verf. hat in den meisten Fällen den Spray beibehalten; als antiseptische Flüssigkeit wird, wo nur möglich, Sublimat angewendet, selbst auf blutende Flächen, denn nach Verf.s Ansicht bleibt trotz der Bildung von Hg-Albuminat immer noch

so viel Sublimat übrig, dass dessen volle antiseptische Wirksamkeit zur Geltung kommen kann. Die Instrumente wurden fast ausschließlich durch Hitze desinficirt.

Verf. ist kein großer Verehrer der Uterusexstirpation bei Carcinomen; da sich in allen seinen Fällen bald Recidive einstellten, so dass die Lebensdauer der operirten Frauen eine sehr kurze ward, während er dagegen bei Palliativbehandlung inoperabler Carcinome oft lange andauerndes Wohlsein beobachtete. Verf. operirt im Allgemeinen nach Martin mit einigen Modifikationen, so wird unter Anderem nie in den Umstechungen der Parametrien die Vaginalschleimhaut mitgefasst. Verf. näht nicht das Peritoneum mit der Vaginalschleimhaut zusammen, sondern er trachtet die Peritonealränder so viel als möglich an einander zu nähen und drückt ihnen dann einen Gazetampon auf, um sie so viel als möglich vereinigt zu halten, wie die Conjunctivallappen nach Entfernung des Bulbus an einander gedrückt werden, um die Wunde so zu sagen gegen die Außenwelt zu schützen.

Supravaginale Amputationen, deren Verf. schon 12 ausgeführt hat (8 Heilungen), hat Verf. sowohl mit Versenkung des Stieles, als mit Fixation des Stumpfes an den Bauckdecken gemacht. Letzterer Methode, die er für weniger gefährlich hält, giebt er im Allgemeinen den Vorzug.

In einem Kapitel über Sarkom des Eierstockes und peritoneale Tumoren bespricht Verf. den dieselben oft begleitenden Ascites, dessen Zustandekommen nicht immer erklärt wird; die seröse Transsudation verdankt manchmal rein mechanischen Verhältnissen ihre Entstehung; ein anderes Mal handelt es sich um einen Reizzustand des Peritoneums, um eine seröse Peritonitis; in anderen Fällen wieder sind die Ursachen unbekannt und man muss annehmen, dass sich Einflüsse geltend machen, die uns ihrem Wesen nach noch unbekannt sind.

Es folgen 4 Operationsgeschichten: Sarkom des Eierstockes und des Netzes. Tod an Gastroenteritis am 12. Tage p. o. in Folge eines am 10. begangenen Diätfehlers; — Exstirpation eines kleinen Tumors des Peritoneums, der in der Höhe des Nabels mit einem kleinen Segmente ansaß; makroskopisch hat er ganz die Struktur einer Balggeschwulst (die mikroskopische Untersuchung fehlt!), zahllose papilläre, fibröse Knötchen bedeckten das ganze parietale und viscerale Peritoneum. Ascites in geringer Menge. Heilung. — Riesiges Adenosarkom des ganzen Netzes mit sehr kopiösem Ascites. Exstirpation. Heilung. Reproduktion des Ascites nach 5 Monaten. Drainage des Bauchfellsackes, die sehr gut vertragen wurde. Tod nach 6 Monaten in Folge von Sarkomrecidiven an vielen Stellen des Bauchfells. — Exstirpation eines Spindelzellensarkoms der Bauchwand. Heilung.

Liebman (Triest).

13) **Bayard Holmes.** Bakteriologische Untersuchungen über einen extra-uterinen Fötus nebst theoretischen Betrachtungen über bakteriologischen Zustand und Geschick des todten, im Körper verbleibenden Fötus.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1887. November 12. p. 631.)

Gelegentlich einer von Fenger vorgenommenen Entfernung eines etwa seit 2 Monaten todten Fötus aus einer Tubenschwangerschaft stellte H. mit Stücken desselben bakteriologische Versuche an. Unter 10 Kölbchen, in welche solche Stücke in Nährgelatine gebracht waren, blieben die übrigen monatelang unverändert; nur in 1 entwickelte sich innerhalb der ersten 24 Stunden schon eine Kolonie von Bacillus subtilis. Offenbar hatte es sich in diesem Falle um eine zufällige Verunreinigung während oder nach der Operation gehandelt. Dagegen beweisen die übrigen, negativ ausgefallenen 9 Versuche, dass die benutzten Gewebe frei von Bakterien und ihren Sporen gewesen waren.

Daher werden die todten Gewebe des Fötus im mütterlichen Bauchraum auch bei der Abwesenheit pathogener Bakterien nicht zu Eiterung Veranlassung geben. Vielmehr ist Einwanderung weißer Blutzellen und allmähliches Fortschwemmen der fötalen Gewebsbestandtheile durch den Kreislauf möglich, oder es tritt Mumifikation oder Verkalkung ein. Nur wenn in den mütterlichen Kreislauf pathogene Mikroben gelangen, kann eine Vereiterung des Fötus eintreten. Dass ein solches

Ereignis aber häufig vorkommt, beweisen die Statistiken von Bandl, Hecker und Parvy.

Es sind nun 3 Wege für eine Infektion des todten Fötus möglich: 1) Infektion desselben vor seinem Tode, 2) einfache, sogenannte Selbstinfektion, 3) Infektion durch die Nachbarschaft von Eitermikroben oder ihren Sporen, welche von einem alten Eiterherd herrühren. Nur die letztere Möglichkeit wird in der Mehrzahl aller Fälle vorliegen und stellen namentlich die Tuben und Eiterung in diesen das Hauptkontingent für die Infektion. Wo irgend ein solcher Eiterherd in der Nähe des Extra-uterin-Fötus vorausgesetzt werden kann, wird es bei der Operation desselben sicherer sein, die antiseptische Drainage einzuführen und die Entleerung der Höhle gleich der einer entwickelten Abscesshöhle sich empfehlen. Zumal wird dies stets der Fall sein in allen den Fällen, in denen die künstliche Abtödtung des Fötus in früher Zeit nothwendig gewesen oder eine Punktion des Eisackes vorgenommen worden ist. Durch Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte dürfte eine bessere Prognose für die Operation geschaffen werden. **Lühe** (Demmin).

14) **F. Levy** (Kopenhagen). Salpingotomie mit doppelter Oophorektomie.

(Verhandlungen der med. Gesellschaft zu Kopenhagen. Hospitals Tidende 1888. No. 6.)

Der medicinischen Gesellschaft zu Kopenhagen legt L. in der Sitzung am 20. December 1887 das Präparat einer Pyosalpinx vor. Die 32jährige Pat. leidet seit 9 Jahren an einer Geschwulst im Leibe. Dieselbe hat Schmerzen verursacht, doch ist der Zustand leidlich gewesen bis vor 1 Jahre, als Pat. sich verheirathete. Seidem haben die Schmerzen bedeutend zugenommen, Pat. magert ab und wünscht dringend durch eine Operation von ihren Leiden befreit zu werden. Pat. giebt an, dass die Geschwulst seit einer ärztlichen Untersuchung im Jahre 1878 sich stationär hält. Die Höhle des kleinen Beckens ist von einer fluktuirenden Geschwulst ausgefüllt; dieselbe schickt links eine Verlängerung bis über Nabelhöhe. Rechts findet sich eine kleinere (kindskopfgroße), rundliche Geschwulst von derselben Konsistenz. Gebärmutter etwas vergrößert (Sondenlänge 9 cm) liegt dextrolaterovertirt vor den genannten Tumoren. Es wird die Diagnose auf doppelseitige Eierstockscyste gestellt.

Bei der Laparotomie zeigt sich die Geschwulst als ein mit reinem Eiter gefüllter, verhältnismäßig dünnwandiger Sack. Leicht trennbare Darm- und Netzadhäsionen. Nach rechts und unten steht die Geschwulst durch eine dicke, feste Brücke mit der Beckenwand in Verbindung. Nach Unterbindung und Trennung dieser Brücke wird der Stiel, welcher von der bedeutend verdickten linken Tube und dem breiten Mutterbande gebildet wird, gleichfalls ligirt und durchschnitten. Schluss der Bauchwunde. Glatte Heilung.

Das vorgelegte Präparat zeigt Folgendes. Die große, schlaffe, einkammerige Cyste zeigt in der Mitte eine starke Einschnürung. Rechts und links mündet die Tube in den Sack ein; rechte Tube fast normal, linke sehr verdickt. An der Vorderfläche der Geschwulst nahe am unteren Rand findet sich rechts und links je ein Eierstock. Dieselben sind etwas vergrößert, ödematös, von kleinen Cystchen durchsetzt. Redner lässt es dahingestellt, ob wir es mit einer doppelseitigen Pyosalpinx mit Verwachsung und Schwund der Scheidewand, oder ob mit einer nur linksseitigen Pyosalpinx zu thun haben. In der Diskussion wird doch von pathologisch-anatomischer Seite nur die ersterwähnte Deutung als annehmbar festgestellt.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

15) **Brunes** (Fosnäs, Norwegen). Zwei Fälle von Defectus uteri et vaginae.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1888. März. 4 R. Bd. III.)

I. 19 Jahre alt. Wohlgebildet. Brüste wie bei den meisten Mädchen selbigen Alters. Nie menstruirt, bisweilen Molimina menstrualia; dieselben stellten sich im Alter von 14—15 Jahren ein, traten fast jeden Monat auf, dauerten gewöhnlich einen Tag. In der letzten Zeit sind dieselben aber ausgeblieben. Pat. litt an Chlorose und Kardialgie. Äußere Genitalorgane normal, wie auch die Clitoris.

Hymen runzelig, ist für 1—2 Finger durchgängig. Gleich nach innen vom Hymen stößt der Finger an eine fleischige Wand. Dieselbe ist glatt, ohne Öffnungen, und lässt sich $1^1/_2$—2 Zoll einstülpen. Durch bimanuelle Exploration per rectum et abdomen lässt sich keine Fortsetzung der rudimentären Scheide entdecken. Führt man dagegen den Finger hoch in den Mastdarm hinauf, lässt sich derselbe um das breite Mutterband umhaken, und im Ligamente fühlt man verschiedene Unebenheiten und Verdichtungen, wie Andeutungen des Uterus, der Tuben und der Ovarien.

II. 21 Jahre alt, wohlgebaut, mit gut entwickelten Brüsten und Brustwarzen. Hat nie menstruirt, hat keine Molimina verspürt. Leidet an Chlorose und Kardialgie. Äußere Genitalorgane normal; Clitoris groß. Introitus vaginae nur durch eine gerunzelte, rothe, $^1/_2$ Zoll breite Partie zwischen der Mündung der Urethra und dem Mittelfleisch angedeutet. Durch Exploratio recto-vesicalis lässt sich gar keine Andeutung der inneren Genitalien nachweisen. Urethra erweitert, doch passirt der Finger nur schwierig; nach der Exploration kurzdauernde Inkontinenz.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

16) **A. Přibram** (Prag). Über Therapie der Bauchfelltuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Laparotomie.

(Prager med. Wochenschrift 1887. No. 35.)

Die operative Behandlung der Bauchfelltuberkulose ist in letzter Zeit mehrfach Gegenstand der Erörterung seitens der Gynäkologen und Chirurgen gewesen. Im Allgemeinen haben sie sich auf Grund einer Reihe günstiger Erfolge für die Laparotomie ausgesprochen. Interessant ist es nun auch, die Ansicht eines internen Klinikers über dieses Thema zu hören.

P. stellt die günstige Wirkung des Bauchschnittes für bestimmte Fälle von Bauchfelltuberkulose keineswegs in Abrede; er warnt aber davor, sich in Betreff desselben zu optimistischen Anschauungen hinzugeben. Er räth, in der Auswahl der zu operirenden Fälle vorsichtig zu sein. Bei solchen, bei welchen die Bauchfelltuberkulose nur eine untergeordnete Theilerscheinung einer schweren allgemeinen tuberkulösen Erkrankung ist, muss von der Laparotomie, überhaupt von jeder besonderen Therapie Abstand genommen werden. Dagegen erfordern rein peritoneale Fälle, welche nur durch geringfügige oder stillstehende Lungen-, Knochen-, Drüsenaffektionen etc. komplicirt sind und bei denen insbesondere keine Darmulceration nachweisbar ist, eine methodische Behandlung. Zuerst räth P., das hektische Fieber mittels der neuentdeckten Fiebermittel zu bekämpfen und seine Beseitigung anzustreben. Zugleich sollen die Kranken, Anfangs mit leichten Nährmitteln, bei welchen besonders Fettbildner nicht fehlen dürfen, später in der gewöhnlichen kräftigen Weise genährt werden. Bei gutem Ernährungszustand und Abwesenheit von Diarrhoen kann ein Versuch mit diuretischen Mitteln — Verf. empfiehlt Adonis vernalis — gemacht, jedoch nicht zu lange fortgesetzt werden. Die Bauchdecken sollen einer systematischen Inunktion mit Sapo viridis (der ganze Unterleib mit Ausnahme der stärker behaarten Stellen und des Nabels wird mit Zuhilfenahme von etwas Wasser mit jener zart eingeseift und dann mit undurchlässigem Stoff bedeckt; jedes stärkere Drücken, Massiren ist zu vermeiden), von der P. wiederholt sehr günstige Resultate gesehen hat, unterworfen werden. Tritt die erwünschte Resorption ein, so muss der Kranke unter möglichst günstige klimatische Verhältnisse gebracht, hygienisch entsprechend behandelt werden.

Zögert die Resorption, gelingt es nach 4wöchentlichem methodischen Versuch nicht, das hektische Fieber zu beseitigen, so ist die Frage der palliativen Incision zu erwägen. Ist der Fall ein rein peritonealer, ist eine Darmulceration ausgeschlossen, so ist sie statthaft. Eine geringe Lungenaffektion verbietet sie gleichfalls nicht. Bei der Laparotomie müssen beim weiblichen Geschlecht die Tuben berücksichtigt und im Fall der Erkrankung entfernt werden.

Wenn die Diagnose zwischen Ovarialcyste und Bauchfelltuberkulose zweifelhaft ist, so ist die probatorische Incision unter Berücksichtigung der zuvor erwähnten Umstände indicirt. **Graefe** (Halle a/S.).

17) **L. Brühl** (Bern). **Eine Gastrotomie bei Extra-uterin-Schwangerschaft mit glücklichem Ausgange.**

(Archiv für Gynäkologie 1887. Bd. XXXI. Hft. 3.)

Vorstehende Operation wurde vom Verf. in der Berner geburtshilflich gynäkologischen Klinik an einer 27jährigen Sechstgeschwängerten vorgenommen. Im Anschluss an die 5. Geburt hatte die Frau eine allgemeine Peritonitis durchgemacht. Die Operation erfolgte auf die Diagnose: Ovarialtumor hin. Die Menses waren bei der Pat. nicht ausgeblieben, der Uterus hatte keinen auf Schwangerschaft hindeutenden Befund ergeben. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich ein prall gespannter, cystischer Tumor, welcher der linken Uteruskante breitbasig aufsaß und bis zur linken Beckenwand reichte. Oben und seitlich war er mit der Umgebung fest verwachsen. Bei dem Versuch, die Adhäsionen zu lösen, starke helle Blutung aus dem Tumor; Punktion desselben, um die blutende Stelle unterbinden zu können; Entleerung von etwa $1/3$ Liter mit Blut gemischter, dünner Flüssigkeit; Erweiterung der Punktionsöffnung; möglichst tiefe Abnabelung eines auf dem Grunde des Sackes der Placenta aufliegenden, 24 cm langen, lebenden Fötus; unterdessen starke Blutung aus der Innenfläche des Sackes, namentlich aus der Incisionsstelle; Einnähung des Sackes in die Bauchwunde und Tamponade desselben mit abwechselnden Schichten von Jodoformgaze und Salicylwatte; danach fester Occlusivverband. Nach 2 Tagen Verbandwechsel, hierbei Abgang von kleinen Placentarstückchen, Ausspülung des Sackes mit 2%iger Borsalicyllösung, Tamponade desselben mit 30%iger Jodoformgaze. Nach weiteren 2 Tagen abermaliger Verbandwechsel, wobei wieder Placentarstückchen abgehen, 2 Tage später wieder Verbandwechsel. Am 9. Tage nach der Operation Entfernung der Nähte wegen Eiterung einzelner Stichkanäle, rasche Verkleinerung, starke Sekretion des Sackes. Von jetzt an täglich Verbandwechsel und Austupfen der Höhle mit $1/2$‰iger Sublimatlösung, täglich Abgang von schwarz gefärbten, aber nicht übel riechenden Placentarstücken bis gegen Ende der 3. Woche. 6 Wochen post operationem steht Pat. mit Pelottenverband versehen auf, die Temperatur war stets unter 38° geblieben. Fast 2 Wochen später wird die Kranke mit einer 2—3 cm tiefen, 7 cm unter dem Nabel liegenden, mit reichlichen Granulationen umgebenen, kleinen, spärlich eiternden Wunde in Privatbehandlung entlassen. Der Uterus stand bei der Entlassung ziemlich hoch, war etwas nach links verlagert und schwer beweglich. In den Anhängen wurden keine abnormen Resistenzen gefühlt.

Verf. fasst den Tumor als einen intraligamentösen auf, vermag aber nicht zu entscheiden, ob es sich um eine Tuben- oder Eierstocksschwangerschaft handelte.

Vowinkel (Berlin).

18) **V. von Hacker** (Wien). **Vorrichtung zum Spannen der Durchzüge am Krankenbette.**

(Wiener med. Wochenschrift 1887. No. 36.)

Sind große Leinentücher in Verwendung, so werden dieselben ringförmig zusammengenäht, kürzere erhalten einen breiten Saum, damit der 2 bis 3 Querfinger die obere Kante des seitlichen Bettrahmens nach unten überhängende Saum mittels einer durchgesteckten Eisenstange oder Holzleiste gefasst werden kann. Letztere wird mit Spannhaken am unteren Bettrande oder mittels eines unter dem Bette durchgehenden Gurtes gefasst und angezogen.

Die Vorrichtung ist für alle Kranken, welche wochen- und monatelang im Bette bleiben müssen, sehr zu empfehlen und steht in der Klinik Billroth durch 5 Jahre in Verwendung. Sie hat sich insbesondere bei Einschaltung von Luft- oder Wasserkissen bewährt.

Felsenreich (Wien).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 23. Sonnabend, den 9. Juni. 1888.

Vor dem Blasensprung abgestorbene Frucht. Sectio caesarea in moribunda. Schultze'sche Schwingungen. Ausgedehnter Luftgehalt beider Lungen.

Von

Dr. Urban Wiercinsky,

externem Arzt an der Kaiserlichen Gebäranstalt zu St. Petersburg.

Schultze's Wiederbelebungsmethode asphyktischer Neugeborener wird als ein auf physiologischer Basis[1] beruhendes und erfolgreiches Verfahren heute in großer Ausdehnung bei Behandlung der Asphyxie Neugeborener angewandt. Obgleich ihr Effekt oftmals von glaubwürdigen Beobachtern[2] durch Sektionsbefund nachgewiesen ist, so finden sich dennoch einzelne Skeptiker, die der Schultze'schen

[1] B. S. Schultze, Jenaische Zeitschrift für Medicin 1866. II. — B. S. Schultze, Der Scheintod Neugeborener. 1871.

[2] M. Runge, Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 18. — Schauta, Wiener med. Blätter 1884. No. 29 u. 30. — Sommer, Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medicin N. F. XLIII, 2. — M. Runge, Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medicin. N. F. XLII. 1885. — Skutsch, Deutsche Medicinalzeitung 1886. No. 1. M. Runge, St. Petersburger med. Wochenschrift 1887. No. 20.

Methode nicht nur jeden Effekt absprechen[3], sondern derselben sogar zum Vorwurfe machen, dass durch sie die Kinder lebensgefährlich verletzt werden könnten[4].

In der mir zugänglichen Litteratur fand ich viele Fälle, bei welchen in den Lungen von Kindern, welche vor dem Blasensprung abgestorben und nach Schultze experimenti causa geschwungen worden waren, Luft gefunden wurde, und welche daher jeden Zweifel an der Wirksamkeit der Schultze'schen Methode ausschließen. Kein einziger Fall aber ist mir aufgestoßen, in welchem ein todtes aber reifes Kind durch Sectio caesarea vor dem Blasensprung gewonnen und dem Experiment ausgesetzt worden war. Gerade solche Fälle wären nach Hofmann das geeignetste Material[5] zum Nachweise der erfolgreichen Wirkung der Schultze-schen Schwingungen. Da ich mich gegenwärtig mit allen Fragen, die diese Methode betreffen, beschäftige, so gelang es mir unter anderen Fällen auch einen solchen zu beobachten, der meiner Meinung nach außerordentlich eklatant diese Methode rechtfertigt. Diesen Fall erlaube ich mir hier mitzutheilen.

N. K., XIIIpara, 42 Jahre alt, wurde am 16. November 1887 9 Uhr Abends aus dem evangelischen Krankenhaus zu St. Petersburg in unsere Anstalt gebracht mit der Diagnose: Apoplexia medullae spinalis in der Gegend des IV. Brustwirbels, paraplegia, pausis diaphragmatis, Bronchitis universalis acuta, und wurde sogleich von mir untersucht[6]; ich fand: Portio vaginalis fast verstrichen, der Muttermund auf $1\frac{1}{2}$ Querfinger geöffnet, der Rand desselben dick und unnachgiebig, die Blase steht und spannt sich nicht, keine Wehen. Das Kind liegt in II. Schädellage, die Herztöne desselben unhörbar. Die Kranke kann wegen Athemnoth nicht liegen. Sie wurde gleich aufgenommen und in ein Separatzimmer gelegt. Um 11 Uhr 15 Minuten Abends desselben Tages trat fast plötzlicher Collaps ein, Herzthätigkeit sehr schwach, pulsus filiformis, bis zur Unzählbarkeit beschleunigt. Nach einigen oberflächlichen und effektlosen Inspirationen tritt Stillstand der Athmung ein, so dass man gezwungen war künstliche Respiration einzuleiten, bis man sich zur Sectio caesarea vorbereitet hatte. Es wurde nun sofort in Gegenwart des Direktors der Anstalt, des Prof. A. Krassowsky, die Sectio caesarea nach der klassischen Methode lege artis ausgeführt. Da objektiv kein Lebenszeichen nachzuweisen war, so konnte die Kranke für todt gelten und man überzeugte sich davon, dass sie noch lebte, erst als man nach Anlegung einiger Uterusnähte Blut aus den Schnittflächen austreten sah[7].

Das Kind wurde ohne jedes Lebenszeichen aus dem Uterus extrahirt, weder Athmung, noch Nabelschnurpuls, noch Herzthätigkeit sind vorhanden. Sogleich wurden Schultze'sche Schwingungen vorgenommen, mehr experimenti causa, als in der Hoffnung, das Kind zu beleben. Es wurden lege artis 52 Schwingungen ausgeführt, dann aber, da nicht die geringste Reaktion sich zeigte, alle weiteren Wiederbelebungsversuche aufgegeben. Die nach den Schwingungen vorgenommene Perkussion ergiebt überall deutlichen Lungenschall, der vom Lungenschall eines zufällig nebenbeiliegenden lebensfrischen und gut athmenden Kindes nicht zu unterscheiden war.

Sektion (ausgeführt 12 Stunden nach dem Kaiserschnitt).

Knabe, Gewicht 2870 g, Länge 48 cm, Durchmesser des Kopfes 10—12—9—8,

---

[3] Hofmann, Wiener med. Blätter 1884. No. 34. — Hofmann, Lehrbuch der gerichtl. Medicin 1884. — Hofmann, Wiener med. Wochenschrift 1885. No. 10. — Nobiling, Wiener med. Wochenschrift 1885. No. 8.

[4] Winter, Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medicin 1887. Januar.

[5] Hofmann, Jahresbericht von Virchow-Hirsch 1882. I. p. 509, 1883. I. p. 529.

[6] Die äußere Untersuchung war wegen der hochgradigen Dyspnoe und wegen der der Kranken allein möglichen sitzenden Stellung unmöglich.

[7] Die Kranke starb 22 Stunden nach dem Kaiserschnitt. Sektionsbefund ergab: chronische degenerative Processe im Rückenmark, Lungenemphysem und Bronchitis capillaris diffusa. Eine genauere Untersuchung des Rückenmarks steht noch bevor.

Kopfumfang 32, Durchmesser der Schultern 11, Durchmesser der Hüften 9. Haut und sichtbare Schleimhäute sehr blau. Nabelgefäße leer, Nabelschnur lege artis unterbunden. Hautnabel $1^1/_2$ cm hoch. Keine Spur von Fäulnis oder Maceration. Hodensack ödematös. After geschlossen.

Bauchhöhle enthält eine recht große Menge gelblicher, seröser Flüssigkeit. Das subperitoneale Zellgewebe ist in den niedrigeren Partien, hauptsächlich um die Harnblase ödematös, dessgleichen das um die Nabelvene und um die Nieren gelegene und das retroperitoneale Bindegewebe. Magen, Dünndarm, Colon ascendens und transversum enthält recht viel Luft, Colon descendens, Flexura sigmoidea und Rectum mit Meconium gefüllt. Leber von normaler Größe, normalem Blutgehalt, unverletzt. Zwerchfell steht rechts an dem unteren Rand der 3., links der 4. Rippe, Milz, Nieren und Nebennieren normal. V. portae und V. cava inf. sind strotzend mit flüssigem Blut gefüllt. Mesenterial- und Dünndarmgefäße stark injicirt. Harnblase enthält reichlichen Harn. Brusthöhle: Nach Entfernung des Sternums sind die Lungenränder unsichtbar. Die rechte Lunge mehr ausgedehnt, als die linke. Beide Lungen in Verbindung mit Trachea, Thymus und Herz schwimmen im Wasser. Kehlkopf, Trachea und große Bronchien enthalten eine geringe Menge schaumigen Schleimes. Rechte Lunge, der ganze obere Lappen, die obere Hälfte des mittleren Lappens und einzelne kleine Partien des unteren Lappens hauptsächlich um den Hilus pulmonum sind lufthaltig. Alle übrigen Partien sind luftleer. Die lufthaltigen Partien sind von hellrosarother Farbe, die luftleeren dunkelviolett. Im oberen Lappen längs des vorderen Randes sind kleine Inseln von interstitiellem Emphysem sichtbar. Die lufthaltigen Partien knistern beim Durchschneiden. Von der deutlich marmorirten Schnittfläche lässt sich feinblasiger Schaum abstreifen. Linke Lunge; die obere Hälfte des oberen Lappens und der vordere Rand ist lufthaltig, im unteren Lappen einige lufthaltige Inseln sichtbar. Die luftleeren Partien beider Lungen weich, saftig, leicht zerreißlich, kurz ödematös. Weder an der Pleura pulmonalis, noch costalis Ecchymosen vorhanden. Die Gl. thymus zeigt auf der vorderen Oberfläche massenhafte stecknadelkopfgroße Ecchymosen. Die großen Gefäßstämme im Thorax sind mit flüssigem Blute mäßig gefüllt. Das Herz klein, normaler Struktur, Vorhöfe und Ventrikel leer. Schädelhöhle: Schädelweichtheile stark injicirt, Schädelknochen derb, blutreich. Blutleiter fast leer, Dura mater blutarm. Pia ödematös. Gehirnsubstanz blass, ödematös. Die graue Substanz von der weißen auf der Schnittfläche nicht zu unterscheiden. In den Ventrikeln eine große Menge seröser Flüssigkeit.

Dieser Fall ist in vieler Hinsicht belehrend, wir ziehen aus demselben folgende Schlüsse:

1) Die Luft ist ausschließlich vermöge Schultze'scher Schwingungen in die Lungen des Kindes gelangt, weil intra-uterin bei stehender Blase keine Aspiration von Luft möglich war, und extra-uterin hat das Kind nicht geathmet, denn der Tod des aus dem Uterus entfernten Kindes wurde sofort von allen bei der Sectio caesarea anwesenden Kollegen zweifellos konstatirt.

2) Die Luft kann vermöge Schultze'scher Methode in den Magen und sogar in den oberen Theil des Darmkanals eingeführt werden.

3) Die fötale Apnoe war nicht unterbrochen, d. h. das Kind hat intra-uterin keine Athemzüge dyspnoetischen Charakters gemacht, da, wie der Sektionsbefund zeigt, die in der Thoraxhöhle liegenden großen Gefäße fast leer und alle Luftwege von aspirirten Massen frei waren.

4) Dieser Fall bestätigt die klinische Erfahrung, dass bei Sauerstoffmangel des mütterlichen Blutes der Fötus früher asphyktisch zu Grunde geht, als die Mutter.

5) Die Sektion des Kindes, das intra-uterin langsam an Erstickung stirbt, zeigt mehr das Bild eines allgemein verbreiteten Ödems und seröser Transsudate in die serösen Höhlen, als die für Asphyxie charakteristischen Befunde, wie Überfüllung des Herzens und des venösen Systems, Hyperämien, Ecchymosen etc.

---

1) **Schatz** (Rostock). Über Herzhypertrophie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 51.)

Entgegen der gewöhnlichen Annahme, dass für die Erzeugung von Herzhypertrophie außer den Innervationsstörungen und den Erkrankungen und Bildungsfehlern des Herzeus nur noch vermehrter Widerstand in denjenigen arteriellen Gefäßbezirken, welche von dem betreffenden Theil des Herzens versorgt werden, verantwortlich zu machen sei, ist S., eben so wie Oertel, der Ansicht, dass eine Ursache für Herzhypertrophie auch in den Bezirken bestehen kann, welche das Blut zum Herzen hinführen. Er hält es z. B. für undenkbar, dass bei Schrumpfniere lediglich eine Einschränkung der Strombreite der Nierenarterien für sich allein den Blutdruck so stark vermehre, dass eine Herzhypertrophie die Folge ist. Selbst der Ausfall der ganzen Strombreite der Nierenarterien würde hierzu nicht ausreichen. Beträgt sie doch nur einen sehr kleinen Bruchtheil der des gesammten arteriellen Gefäßgebietes. Nach S. liegt hier die Ursache der Herzhypertrophie im Gegentheil auf der Seite des Venensystems. Durch die in Folge der Nierenerkrankung stark verlangsamte Entwässerung des Blutes kommt es zu einer dauernden Vermehrung der Blutmasse, welche zunächst Unterkunft im Venensystem findet. Erst, wenn bei schließlich zu stark werdender Reibung der Venen die Wandspannung dieser wächst, wird der Abfluss nach dem Herzen beschleunigt, das Herz selbst schneller und stärker gefüllt. Hieraus resultiren ausgiebigere Kontraktionen des Ventrikels, welche bei genügender Dauer Arbeitshypertrophie und im arteriellen System Druckerhöhung zur Folge haben.

Als einen weiteren Beweis für die Richtigkeit seiner Anschauung führt S. die Hypertrophie des linken Ventrikels beim Neugeborenen an. Ihre Ursache sucht er nicht in dem Körperkreislauf, sondern in dem Lungenkreislauf — nicht in dem größeren Druck in der Aorta gegenüber dem in der Aorta pulmonalis, sondern in dem größeren Druck in den Pulmonalvenen gegenüber dem in den Hohlvenen. Die bis zur Geburt gleiche Kraft der beiden Ventrikel wirft, ist jene erfolgt, bei anfänglich gleicher Füllung derselben in gleicher Zeit mehr Blut durch den kleinen, als durch den großen Kreislauf. Am Ende des weniger geräumigen ersteren kommt mehr Blut beim Herzen an, als am Ende des viel geräumigeren und längeren großen Kreislaufes. Dadurch wird der linke Vorhof und Ventrikel stärker gefüllt, als der rechte. Er macht bis zur völligen Entleerung seines Inhaltes ausgiebigere Bewegungen und wird, nachdem er erst dilatirt worden, entsprechend der größeren Arbeitsleistung allmählich auch hypertrophisch.

Einen letzten, wie er glaubt, unwiderleglichen Beweis dafür, dass Herzhypertrophie von Seiten der Venen her erzeugt werden kann, sieht S. in der Herzhypertrophie eineiiger Zwillinge. Diese kann bei dem einen Zwilling unter Umständen eine ganz enorme sein. Zwischen den Placentarkreisläufen eineiiger Zwillinge besteht, wie S.

in einer umfangreichen Arbeit (Arch. f. Gyn. Bd. XXIV, XXVII, XXX) gezeigt hat, ein dritter Kreislauf, sich aus Gefäßverbindungen zusammensetzend, welche Blut aus dem arteriellen Gebiet des einen Zwillings in das venöse des anderen führen und umgekehrt. Bei dynamisch symmetrischer Anlage dieses Kreislaufes bleibt er ohne Folgen für die Herzen der Zwillinge. Bei asymmetrischer Anlage dagegen, wenn z. B. der Transfusionsstrom des einen Zwillings mehr Blut nach dem anderen befördert, als der andere nach jenem, so wird das Venensystem des zweiten immer stärker mit Blut gefüllt. In Folge dessen findet bei ihm ein vermehrter und schnellerer Zufluss von Blut nach dem Herzen statt. Seine Ventrikel werden bei der Diastole stärker gefüllt, machen bei der Systole stärkere Kontraktionen und werden, da die Ernährung eine genügende ist, entsprechend der erhöhten Arbeit hypertrophisch. Die weiteren Ausführungen des Verf. über die Entwicklung dieser Hypertrophie müssen, da sie hier zu weit führen, im Original oder in den genannten Arbeiten im Archiv eingesehen werden. **Graefe** (Halle a/S.).

---

2) **E. Nöggerath** (Wiesbaden). Über latente und chronische Gonorrhoe beim weiblichen Geschlecht.

(Deutsche med. Wochenschrift 1887. No. 49.)

N. ist zwar von seiner bekannten Annahme, dass ein Tripper immer unheilbar sei, dass 90% aller Ehegatten, welche einmal die Krankheit durchgemacht, ihre Frauen anstecken sollten, zurückgekommen, hält aber daran fest, dass es beim Mann trotz scheinbarer Heilung eine jahrelang bestehende, sogenannte latente Gonorrhoe giebt, welche zu einer Infektion des weiblichen Gatten führen kann. Der Nachweis von Gonokokken im Sekret der Genitalien ist bei chronischer Gonorrhoe nicht immer möglich, nach seiner Ansicht aber auch zur Stellung der Diagnose nicht immer nöthig. Diese lässt sich durch Kombination der Anamnese, des Status praesens und der Ergebnisse der physikalischen Untersuchung stellen. Als Merkmale, an welchen wir die chronische Gonorrhoe beim weiblichen Geschlecht erkennen können, giebt N. am Schluss seines Vortrages resumirend an:

1) Erkrankung einer gesunden Frau kurz nach der Heirath an einem Leiden der Geschlechtsorgane, welches häufig das Wohlbefinden der Betroffenen in einem Grad alterirt, welcher nicht mit den scheinbar geringen Veränderungen in den Sexualorganen übereinstimmt.

2) Eiteriger Ausfluss bei Abwesenheit tiefer Ulcerationen, Granulation, Sarkom, Carcinom oder glasiges, spärliches Sekret mit schmaler, hochrother Erosion um den Muttermund.

3) Katarrh der Ausführungsgänge der Vulvo-Vaginaldrüsen.

4) Kleine spitze Kondylome in verschiedenen Lokalitäten des Scheideneinganges.

5) Ein Kranz von kleinen spitzen Kondylomen dicht oberhalb des Orificium ani.

6) Die Gegenwart einer Kolpitis granularis.

7) Nachweis einer Salpingo-Perimetritis, oder

8) einer Ovariitis glandularis.

Jedes einzelne dieser Symptome herausgenommen hat natürlich keinen Werth; nur die Kombination einer Gruppe oder aller kann die Frage entscheiden. **Graefe** (Halle a/S.).

3) **Schauta** (Prag). Über gynäkologische Massage.
(Prager med. Wochenschrift 1887. No. 43.)

S. hat sich einige Wochen bei Thure Brandt, dem Vater der gynäkologischen Massage, aufgehalten, um dessen Methode persönlich kennen und üben zu lernen. Er hat sich davon überzeugt, dass dieselbe die Beachtung der Gynäkologen in hohem Grade verdient. Er sah unter Brandt's Behandlung umfangreiche Exsudate und Exsudatstränge in wenigen Tagen schwinden; fixirte Ovarien oder den retrovertirten, fixirten Uterus beweglich werden; so wie endlich in 2 Fällen von Retroversio uteri den Uterus unter Einwirkung der sogenannten Uterushebung nach wenigen Tagen in normaler Anteflexionsstellung verharren.

Nach seiner Rückkehr hat S. sich selbst der Massage in einer Reihe von Fällen von para- und perimetritischen Exsudaten und Lageveränderung mit Ausnahme des Prolapses bedient und gleichfalls vorzügliche Resultate erzielt. Eine detaillirte Veröffentlichung dieser behält er sich vor.

In Betreff der Methode Brandt's bemerkt S., dass dieselbe keineswegs leicht zu erlernen sei. Er beschreibt sie in ihren wesentlichen Punkten, fügt aber hinzu, dass selbst die beste Schilderung nicht jene Klarheit der Vorstellung geben kann, wie die Autopsie. Er hat desswegen zum Schluss des Vortrages, dessen Wiedergabe der vorliegende Aufsatz ist, die B.'schen Handgriffe an einer Pat. demonstrirt. Da S.'s schon kurze, präcise Beschreibung derselben ein noch kürzeres Skizziren nicht gestattet, muss Ref. hier auf das Original verweisen. Da, so weit diesem bekannt ist, sonst eine Schilderung der B.'schen Methode noch nicht veröffentlicht worden ist, so verdient der Vortrag S.'s um so mehr das Interesse der Gynäkologen.

Graefe (Halle a/S.).

Kasuistik.

4) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

Sitzung am 19. December 1887.

Vorsitzender: Herr Zweifel, Schriftführer: Herr Sachse.

I. Herr Döderlein spricht: Über Vorkommen und Bedeutung der Mikroorganismen in den Lochien gesunder und kranker Wöchnerinnen.

Vortr. giebt in der Einleitung einen Überblick über die gegenwärtigen Mor-

talitäts- und Morbiditätsverhältnisse im Wochenbett. Während die Mortalitätsziffer allenthalben auf eine früher kaum zu erhoffende Niedrigkeit gesunken ist, zeigt uns die unverhältnismäßig hohe Morbidität, dass irgend ein Faktor der Desinfektion der Geburt noch nicht die genügende Berücksichtigung gefunden. 2 Hauptgruppen von Temperaturerhöhungen im Wochenbett treten scharf hervor. Die weitaus größere Mehrzahl stellen nur wenige Tage anhaltendes, nicht über 39,0° C. steigendes Fieber dar, das Zweifel gestörtes Wochenbett nennt, dabei ist das subjektive Befinden ungestört, die andere Gruppe bildet die wirklichen Erkrankungen.

Ob beide auf Infektion der Genitalien bei der Geburt zurückzuführen sind, oder ob die ersteren die Ausdrücke anderer Störungen des Wochenbetts in Stuhlentleerung, Milchsekretion etc. sind, darüber sind zur Zeit die Meinungen getheilt.

Vortr. hat sich bei seinen Untersuchungen die Aufgabe gestellt, ob sich durch Prüfung der Lochien gesunder, gestörter und kranker Wöchnerinnen auf ihren Gehalt an Mikroorganismen Anhaltspunkte gewinnen lassen zur Entscheidung dieser Frage, beziehungsweise, ob dem gestörten und kranken Wochenbett verschiedene Infektionserreger zukommen.

Entgegen den früheren Untersuchungen von Scherer, Rokitansky, Kehrer, Karewski entnahm er die Lochien unter strengsten Kautelen dem Uterus selbst, da dieselben in der Scheide mit den dieselbe bevölkernden zahlreichen Keimen verunreinigt wurden. Die Entnahme selbst hat bei den angewandten Vorsichtsmaßregeln nie Schaden gebracht.

Die so gewonnenen Lochien wurden sofort mikroskopisch und durch Züchtung der Keime auf Gelatine und Agar-Agar auf ihren Gehalt an Mikroorganismen geprüft. Das Resultat war, dass der Uterus bei normalem Wochenbett (Temperatur nie über 38° C.) überhaupt keine Keime enthält;

dass sich bei Störung derselben Keime, Bacillen und Kokken in demselben finden, die mit Abfall der Temperatur zur Norm wieder eliminirt werden durch vermehrte und eitrige Sekretion;

dass die Erkrankungen des Wochenbettes durch eine Infektion mit pathogenen Mikroorganismen, Streptococcus pyogenes, hervorgerufen sind.

Was nun die viel umstrittene Selbstinfektion betrifft, so hatte Vortr. Gelegenheit, in einem solchen Falle bei Puerperalgeschwüren in den Lochien der Scheide einen pathogenen Pilz, Staphylococcus pyogenes aureus, nachzuweisen, während dabei die Uterushöhle keimfrei geblieben war. In anderen derartigen Fällen enthielt der Uterus Keime, denen jedoch keine Pathogenität zukam.

Den Infektionsherd für die schweren Erkrankungen, bedingt durch Streptokokken, erkennt Vortr. in dem touchirenden Finger und in den mit den Genitalien in Berührung kommenden Instrumenten etc.

Für die Störungen und Selbsterkrankungsfälle glaubt er die Keime der Scheide beschuldigen zu müssen, deren Infektionsmöglichkeiten so mannigfache sind. Damit ist aber die Selbstinfektion nicht mehr eine solche im eigentlichen Sinne des Wortes.

Die Schlussfolgerungen für die Praxis sind strengere Desinfektion der Scheide und des Cervicalkanales, als dies bisher betont wurde. Die Desinfektion des Genitalkanales der Schwangeren und Kreißenden bildet Gegenstand weiterer Untersuchungen.

Diskussion: Herr Zweifel: Die Bedeutung der Ergebnisse von Döderlein's Untersuchungen finde er besonders in dem wissenschaftlichen Beweis, dass bei erhöhter Körperwärme der Wöchnerinnen ganz regelmäßig pathogene Mikroorganismen gefunden wurden. Es zeigte sich also das Thermometer als ein merkwürdig feines und sehr zuverlässiges Reagens auf Erkrankung. Darüber wird wohl auf diese Untersuchungen hin bald vollkommene Einigung angebahnt, dass, wo Temperaturerhöhungen zu bemerken sind, auch Krankheit besteht. Es kann die Anschauung nicht fortbestehen, dass auch gesunde Wöchnerinnen einige Zeit lang erhöhte Körperwärme haben könnten.

Damit ist allerdings nur eine Annahme bestätigt, welche nicht gerade neu ist.

Doch ist die Grundlage, auf welcher die strenge Auffassung ruht, dass Fieber im Wochenbett regelmäßig krankhaft sei, eine wesentlich andere, als bisher. Man muss zugestehen, dass die bisherige Auffassung auch eine mehr oder weniger willkürliche war. Wenn er z. B. zurückschaue auf seinen Aufsatz: »Die Prophylaxis des Puerperalfiebers« (Berliner klin. Wochenschrift 1878 No. 1) und die dort gegebene Eintheilung berücksichtige, nämlich dass 38,0° C. die obere Grenze des Gesunden bilde und diese Temperatur höchstens an einem Tage um einige Zehntel Grade und nur bis 38,4° C. überschritten werden dürfe, so könne er für jene Aufstellung keine Gründe von so bestimmter Art angeben, wie sie jetzt vorliegen. Viele Wöchnerinnen, die höhere Temperaturen zeigten, waren in dem übrigen Verhalten und Befinden in nichts verschieden von Gesunden. Es war eigentlich für diese Temperaturgrenze nur der Analogieschluss aus der allgemeinen physiologischen Erfahrung maßgebend. Doch war dieser Schluss vollkommen richtig.

Ein zweites Ergebnis ist von großer Tragweite, dass im Uterus der gesunden Wöchnerin absolut keine Keime vorkommen. Nur in den Lochien der Vagina fanden sich solche und zwar hier von allen Formen und Arten.

Es schwindet damit der große Widerspruch, wonach alle Wöchnerinnen unvermeidlich eine Unzahl von Mikroorganismen in ihrem Leib bergen und innerliche Wunden haben sollen, trotzdem aber die große Mehrzahl derselben gesund bleiben kann. Das war ein Widerspruch, welcher der Anschauung über die pathologischen Eigenschaften der Mikroorganismen ins Gesicht schlug. Den Widerspruch suchte man so zu erklären, dass die frische Wunde zwar resorptionsfähig, aber die Lochien so lange noch nicht ansteckend seien, weil die Entwicklung der Mikroorganismen erst nach der Geburt beginne und einige Zeit bis zu 3 Tagen brauche, ehe sie die Lochien ansteckungsfähig gemacht hätten. Bis dahin seien aber auch die Wunden so verändert, in der Heilung so weit vorgeschritten, dass sie der Ansteckung widerstehen können.

Dieser Erklärungen bedarf es nicht mehr, wie früher, weil man weiß, dass sich da, wo resorptionsfähige Wunden bei jeder Wöchnerin sich finden — im Uterus —, normal keine Keime vorkommen, in der Scheide dagegen, wo solche regelmäßig sind, normal keine Verletzungen vorkommen sollen.

Wie die Keime in die Scheide gelangen, ist eine offene Frage. Doch kann er sich dabei nicht mit der Auffassung einverstanden erklären, dass der Begriff der »Selbstinfektion« dabei erweitert werde, dass auch das Übertragen von Keimen durch die Finger der Schwangeren bezw. Wöchnerinnen Selbstinfektion heißen könne. Er habe an anderem Orte ausdrücklich den Begriff dahin definirt, dass als Selbstinfektion nur das zu verstehen sei, »wo die Keime von selbst zu einem Nährboden hinzutreten können«.

Es ist wohl wahr, dass man bis jetzt alle Wöchnerinnen, welche Fieber bekamen, trotzdem sie bei der Geburt nicht untersucht wurden, als durch »Spontaninfektion« krank geworden betrachtete. Gerade weil dieses Wort in der Übertragung ins Deutsche »Selbstansteckung« heißt und unwillkürlich die falsche Vorstellung wach ruft, dass das »Selbst« die Wöchnerin betreffe, habe er diese Übertragung ins Deutsche vermieden und Spontaninfektion als »Vonselbstangestecktsein« übersetzt.

Die Auffassung, die Döderlein giebt, ist schon früher vorgebracht, aber auch schon früher korrigirt worden. Wohin kämen wir, wenn wir die Manipulationen onanistischer Art mit unreinen Fingern noch als Selbstinfektion gelten lassen wollten! Es ist doch für die Frage der Übertragung ganz gleichgültig, was für ein Finger eingeführt wird, ob der einer Hebamme, oder einer anderen Frau. Es wurde früher schon eine Illustration dazu gegeben, wie hier keine Grenze zu finden sei. Eine Wöchnerin war krank geworden, ohne je untersucht zu sein. Es galt die Erkrankung als »Selbstansteckung«. Endlich in der Todesangst gestand sie, dass sie sich von anderen Schwangeren der Anstalt hätte innerlich untersuchen lassen!

Eben so gut ist dies eine richtige Ansteckung von außen, wenn der eigene Finger die Keime in die Scheide trägt.

Es handelt sich bei der Spontaninfektion um die Frage, wo ist die Möglichkeit gegeben für das spontane Eindringen der pathogenen Mikroorganismen, und welche Arten kommen in Frage?

In dieser Beziehung ist ja nun der eine von Döderlein genau beobachtete Fall sehr lehrreich. Es handelte sich um eine der 5 fiebernden Wöchnerinnen, die bei der Untersuchung keine Keime in den Uteruslochien hatte. Dafür fand sich in der Scheide der Staphylococcus pyogenes aureus — ein Spaltpilz, der sonst nicht zu finden war. Diese Kranke hatte ein Ulcus puerperale an der der Körperoberfläche zugewandten Seite der einen Schamlippe.

Es ist in diesem Fall nach Möglichkeit bewiesen, dass das Fieber von dem Ulcus puerperale ausging und da die Staphylokokken schon nach den Erfahrungen der Versuche mit Nährgelatine »ubiquistisch« sind, ist hier eine Illustration einer »Ansteckung von selbst« gegeben. Außerdem giebt es sicherlich noch andere Möglichkeiten zur Spontaninfektion. Dass das Ulcus puerperale Fieber machen könne, ist hier schon durch das Schwinden des Fiebers mit der Abnahme des Belages höchst wahrscheinlich. Da er dies öfters konstatirte, andererseits jedoch auch Beckenphlegmonen von Ulcera puerperalia ausgehen sah, lege er denselben eine höhere Bedeutung bei, als einige Kollegen (vgl. Olshausen, klinische Beiträge zur Gynäkologie 1884 p. 161).

Was endlich die verschiedenen Arten von Spaltpilzen betreffe, so habe Döderlein vollkommen bestätigt, was man schon länger zu vermuthen geneigt war. Schon früher wurden beim Puerperalfieber Streptokokken gefunden und habe Vortr. auch in seinem Lehrbuch der Vermuthung Ausdruck gegeben, dass die schweren Erkrankungen von Streptokokken, die leichteren von Keimen anderer Art und geringerer pathogener Eigenschaften herrühren. Dies ist nun von Döderlein nachgewiesen. Bemerkenswerth war die Verschiedenheit der Temperaturkurven bei dem Vorkommen der einzelnen Mikroorganismen.

Herr Sänger: Nach Döderlein's Untersuchungen erscheint die Scheide als das Reservoir, der Uterus als Aufnahmecentrum der Infektion.

Redner glaubt, dass dies nicht die ausschließliche Infektionsweise darstellt, der Eingangspforten seien vielerlei, Damm, Scheide etc. und muss jeder einzelne Fall von Puerperalfieber auf seine Infektionspforte hin untersucht werden. Der Uterus könne ganz frei von Infektion bleiben, wo diese von anderen Stellen her eingedrungen sei.

Redner fragt an, ob der Vortr. die Sekrete von Corpus und Collum, dessen wichtigere Bedeutung für die Puerperalinfektion er hervorhebt, getrennt untersucht habe, was nach Küstner's Vorgeben möglich wäre; sodann, ob er seine Untersuchungen auch auf die gonorrhoische Infektion mit ausgedehnt habe.

Ein negativer Befund könnte hier darauf beruhen, dass die Gonokokken in den Falten der Plicae palmatae verborgen blieben.

S. betont schließlich, dass die Ergebnisse des Vortr. für die Lehre von der Puerperalinfektion von der größten Bedeutung seien.

Herr Döderlein ist weit entfernt, zu behaupten, dass der Uterus allein Infektionsquelle darstelle, ein von ihm angeführter Fall beweise dies. Die Trennung des Cervix und Corpus bei der Untersuchung sei in den ersten Tagen des Puerperiums nicht ausführbar.

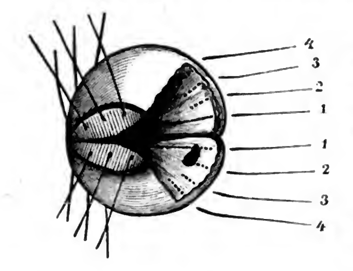
Bei gynäkologischen Fällen, wo die Sonde genau die Stelle des inneren Muttermundes markirt, sei dies leicht; bei Puerperae seien die Verhältnisse ganz andere.

Gonokokken wurden nicht berücksichtigt, um die Hauptsache nicht unter anderen beiläufigen Fragen leiden zu lassen.

II. Herr Sänger: Fistula vesico-vaginalis kombinirt mit Fistula vesico-cervicalis. Neue Methode zur Schließung der letzteren.

Pat., eine 32jährige IVpara mit rachitisch-plattem Becken II. Grades, war das erste Mal durch Zange, das 2. und 3. Mal spontan entbunden worden. Die Fisteln

entstammten der 4. Geburt, die nach 5tägigem Kreißen durch schwere Wendung aus verschleppter Querlage und Extraktion eines todten Kindes beendet worden war. Ca. 8 Wochen p. p. zugegangen fand sich zunächst eine rautenförmige Blasenscheidenfistel im oberen Scheidendrittel, welche den Zeigefinger passiren ließ. Ihre Schließung erfolgte per primam durch 11 Silkwormsuturen. Gleichwohl keine volle Kontinenz. Erst schien es, als ob noch eine feine Stichkanalfistel bestehe; als aber die Blase mit Milch gefüllt wurde, floss dieselbe aus dem Cervix uteri heraus. Letzterer lag retroflektirt in Folge von narbiger Schrumpfung im antecervicalen Bindegewebe; die Portio bestand aus zwei kurzen, durch einen mäßig tiefen Cervixriss gespaltenen Muttermundslippen. Erst nach Ausdehnung des Cervix mittels Laminaria gelang es in Knie-Ellbogenlage etwa $^1/_2$ cm oberhalb des Cervicalrisswinkels ein wenig links von der Mittellinie eine 2—3 mm weite, in die Blase führende Fistel zu entdecken. Ihre Schließung wurde in folgender Weise vorgenommen (vgl. die Figur!): In Sims'scher Seitenlage wurde der Cervix beiderseits hoch hinauf gespalten, dann auf der rechten (oberen) Seite Vernähung der Cervical- mit der Vaginalschleimhaut, auf der linken Seite über die Fistel hinweg Anfrischung wie zu einer Emmet'schen Operation und eben solche Naht mit 4 Seidensuturen, die nach der Vaginalseite geknotet wurden. Es erfolgte Heilung per primam und volle, dauernde Kontinenz.



In den bisher veröffentlichten wenigen Fällen, wo eine Vesico-cervicalfistel durch die Naht geschlossen wurde — es sind nach Hegar-Kaltenbach deren nur 6 — wurde die Fistel direkt angefrischt und ungefähr so vernäht, als ob es sich um eine Blasenscheidenfistel gehandelt hätte. Kein Wunder, dass der direkte Nahtverschluss bei der Engigkeit des Operationsgebietes, der Schwierigkeit für die Freilegung der Fistel, der Starrheit des Gewebes so selten zur Anwendung kam und wohl auch selten gelang. Vortr. entnimmt dem Lehrbuche von Hegar-Kaltenbach, dass Simon nur einmal operirte (1873); Spiegelberg versuchte unter 7 Fällen nur einmal den direkten Nahtverschluss und brachte die Fistel auch hier dann erst durch Kauterisation zur Heilung. Kaltenbach selbst klagte von seinem Falle, wobei er die Fistel nach Spaltung des Collum in Längsrichtung angefrischt und durch 7 Nähte geschlossen hatte, dass die Entfernung der letzteren sich sehr schwierig gestaltete, da die Seitenincisionen wieder zusammengeheilt waren. Bei dem vom Vortr. eingeschlagenen Verfahren, wobei die gespaltene Cervix auf der einen Seite durch Nahtumsäumung offen erhalten, während sie auf der anderen die Fistel einbegreifenden Seite nach Art der Emmet'schen Operation geschlossen wird, lassen sich die Suturen leicht entfernen, da sie sämmtlich nach der Scheide hin geknotet werden, und lässt sich eine normal weite, nur etwas lateral gelegene Cervixmündung herstellen. Allerdings ist diese Methode nur dann anwendbar, wenn die Fistel selbst seitlich sitzt: bei medianer Lage derselben wird kaum ein anderes Verfahren übrig bleiben, als die direkte Anfrischung und Naht. Jedenfalls sollte die Kauterisation und Hysterocleisis erst nach Misslingen des direkten oder indirekten Nahtverschlusses vorgenommen werden.

Diskussion: Herr Zweifel hält die Cervixfisteln für keineswegs so große Seltenheiten, als man aus den spärlichen Veröffentlichungen schließen könnte. Er vermag den von Sänger erwähnten Fällen 2 von ihm operirte hinzuzufügen, bei denen ebenfalls durch Spaltung der Cervix hoch hinauf, direkte Anfrischung und Naht von einer Seite zur anderen, vollständige Kontinenz erzielt wurde.

III. Herr Sänger demonstrirt folgende Präparate:

1) Kindskopfgroße Parovarialcyste (Ausschälung aus dem Lig. lat., Stielbildung aus demselben nach Resektion des Überschusses).

2) Cystoma papillare ovarii incipiens.

3) Cystoma glandulare incipiens, welche 3 Präparate den Beginn der genannten Geschwülste in schöner Weise illustriren.

4) 2 Pyosalpinxsäcke (Heilung in allen Fällen).

Zuletzt demonstrirt Herr Sänger noch Blutpräparate einer leukämischen Puerpera. Bei der Seltenheit des Falles wird ausführlich darüber berichtet werden.

---

5) **Carl Braun-Fernwald** (Wien). Über 38 Hysteromyomotomien mit extraperitonealer Stumpfbehandlung.

(Wiener med. Wochenschrift 1887. No. 22—25.)

Unter 38 Myomotomien nach obiger Behandlung verlor B. 6 Frauen (15,5% Mortalität). 2 Fälle mit intraperitonealer Stumpfbehandlung starben. Dieser Misserfolg bestimmte B. bei der extraperitonealen Behandlung zu verbleiben, mit welcher er schon vorher befriedigende Resultate erzielt hatte. Hauptsächlich durch die Porro'sche Operation hat sich die Methode bei den Wiener Gynäkologen Eingang und Freunde erworben. Unter den neueren Modifikationen hat B. nur die von Hacker versucht ohne jedoch vorläufig ein Urtheil über den Werth derselben abzugeben.

In einer beigegebenen Tabelle ist eine Skizze der einzelnen oft schwierigen Fälle enthalten. **Felsenreich** (Wien).

6) **Bogaewsky.** Laparo-hysterectomia wegen eines interstitiellen Myoms.

(Med. Rundschau 1887. No. 8. [Russisch.])

40jährige Kranke, seit 2 Jahren reichliche Regeln. Eine glatte, bewegliche Geschwulst, die 2 Finger über den Nabel herauf reicht und mit der Gebärmutter zusammenhängt. Die Sonde dringt $4^1/_2$ cm in die Gebärmutter ein.

Nach Öffnung der Bauchhöhle wurde die Gebärmutter herausgewälzt, eine Ligatur um den Hals gelegt, die Ligamenta lata abgetrennt. Die Gebärmutter wurde geöffnet, die in der vorderen Wand eingebettete Geschwulst ausgeschält. In den sehr verdickten Wänden der Gebärmutter saß noch eine zweite nicht große Geschwulst, wesshalb sich der Verf. entschloss, die Gebärmutter zu amputiren. Der Stumpf wurde mit Bauchfell übersäumt und versenkt. Heilung der Wunde per primam.

Die entfernte Gebärmutter wog mit der Geschwulst 1350 g, die Geschwulst allein 800 g. **Reimann** (Kiew).

7) **Volquardsen** (St. Louis). Fall von Chorea gravidarum.

(New Yorker med. Presse 1887. August. p. 47.)

21jährige Igravida Ende des 4. oder Anfang des 5. Monats ist von heftiger Chorea befallen, Beginn der Erkrankung vier Wochen früher. Keinerlei hereditäre Belastung, kein Albumen im Urin, keine Veränderungen am Herzen. Narcotica erweisen sich gänzlich erfolglos. Es wird mit Pressschwamm die Dehnung des Muttermundes ausgeführt nach Analogie der Behandlung des unstillbaren Erbrechens Schwangerer. Während vier Tagen wird diese Behandlung fortgesetzt und schließlich der dickste Pressschwamm eingeführt, den Verf. auftreiben konnte; während dieser Zeit entschiedene Besserung, die vom vierten Tage an rasch fortschreitend zu völliger Genesung führte.

Die rechtzeitig erfolgte Entbindung verlief ohne jegliche Störung.

Bemerkenswerth erscheint dieser Fall, einmal wegen des raschen und totalen Erfolges der angewendeten Therapie und ferner desswegen, dass trotz der forcirten Dilatation des Muttermundes nicht die geringsten Wehen hervorgerufen wurden und Abort nicht eintrat. **Kreutzmann** (San-Francisko).

8) **Peter** (Paris). Schwangerschaftskongestionen und Ableitung.

(Gaz. méd. de Paris 1887. Juni 11.)

Mit Schwangerschaftskongestionen bezeichnet P. Eklampsie. Narkotika werden, weil nur die Symptome unterdrückend, schlechtweg verworfen. Dagegen ist, viel rationeller natürlich, mit Glüheisen bei schwachen, mit Aderlass bei kräftigen Frauen, bei Allen mit schon prophylaktisch eingeleiteter Milchdiät viel Besseres zu erreichen. **Zeiss** (Erfurt).

9) **Uspensky** (Moskau). Ovariotomie bei komplicirtem Kystom.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten 1887. No. 10. [Russisch.])

50jährige Kranke, hat 2mal geboren, seit 10 Jahren Menopause. Seit 2 Jahren eine Geschwulst im Bauche bemerkt. Umfang des Leibes 134 cm, überall dumpfer Ton, deutliche Fluktuation, starke Athemnoth. Vorfall der Scheidenschleimhaut, Urin stark verringert. Anasarka der Füße bis zum Knie. Eine 2malige Punktion entleerte nur unbedeutende Massen zäher Colloidflüssigkeit.

In Rücksicht auf die immer steigende Athemnoth wurde der Bauchschnitt gemacht. Erst durch Punktion, dann durch Schnitt in die Wand der Geschwulst wurde eine große Menge colloider Flüssigkeit entleert, und die Abschälung der Wand der Geschwulst begonnen. Es fand sich aber bald, dass diese vermeintliche Wand der Geschwulst das Bauchfell selbst war, dass also die Colloidmassen in der Bauchhöhle selbst lagen. In ihr lag eine Colloidcyste mit einer 2fingergroßen Öffnung in der hinteren Wand. Der Stiel bestand aus dem rechten Ligamentum latum. Eine andere Geschwulst bildete das verdickte mit Colloidmassen angefüllte Omentum. Colloidmassen bedeckten alle Eingeweide der Bauchhöhle, an welchen schon Zeichen beginnender Entzündung zu bemerken waren[1]. Entfernung der Cyste mit Unterbindung und Versenkung des Stieles, die Bauchhöhle nach Möglichkeit gereinigt, mit 2%iger Borlösung ausgespült, die Bauchwunde geschlossen.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass die Cyste ein Adeno-Kystom war, schon colloidkrebsig entartet. Die Bauchwunde heilte per primam, doch entwickelte sich bald eine Verhärtung der Bauchwand in der Nähe der Wunde, Entzündung des Bauchfelles; 17 Tage nach der Operation starb die Kranke. Bei der Sektion wurden außer den Colloidablagerungen entzündliche eitrige Exsudate und beginnende fettige Entartung der Baucheingeweide gefunden.

Verf. erwähnt noch die ähnlichen Fälle von Werth, Olshausen und Baumgarten. **Reimann** (Kiew).

10) **Beatson** und **Coats** (Glasgow). Präparate von Ovarialerkrankungen. (Aus der pathologisch-klinischen Gesellschaft zu Glasgow.)

(Glasgow med. journ. 1888. Januar.)

1) Parovarialcyste. Die Kranke, unverheirathet, hatte die Cyste zuerst in ihrem 18. Jahre bemerkt; im 22., als die Beschwerden lästiger wurden, nahm man (1879) die Punktion von der Scheide aus vor. 80 Unzen typische Parovarialflüssigkeit wurden entleert. Nun trat scheinbar völlige Heilung ein, bis im Frühjahr 1887 wieder akute Zunahme des Leibes auftrat. Die Operation verlief glatt, Heilung folgte. Es konnte festgestellt werden, dass der entfernte Tumor der vor langer Zeit punktirte war. Er hatte einen ausgeprägten Stiel; Ovarium stark abgeplattet, in die Länge gezogen, Tube 15 Zoll lang.

2) Multiloculare Colloidcyste, geborsten. Der Anamnese nach musste die Berstung bereits etwa 3/4 Jahr vor der Operation stattgefunden haben (Trauma und rasch vorübergehende peritonitische Erscheinungen [mit dem Untersuchungsbefunde eines Ascites). Bei der Operation wurden nur vereinzelte Adhäsionen gefunden. Am 12. Tage nach der Operation traten plötzlich heftige Leibschmerzen ein mit Auftreibung und Härte des Leibes, Symptome, die indess bald wieder schwanden. Da es gerade die Zeit der wieder erwarteten Regel war, glaubt Verf., dass es sich dabei um einen Bluterguss aus dem Stiele handelte. Der Fall giebt,

[1] Siehe einen ähnlichen Fall Centralbl. f. Gynäkol. 1886. p. 540.

wenn die Annahme des Zeitpunktes der Berstung richtig war, außerdem den Beweis, wie gut das Peritoneum die Ovarialtumorenflüssigkeit an sich verträgt.

3) Einfaches multilokuläres Kystom. Tumor bestand seit drei Jahren; unterdessen erfolgte eine Geburt zur typischen Zeit; dann Beginn rapiden Wachsthums.

4) Doppelseitiges Dermoid, post mortem einer an Brustkrebs verstorbenen Frau entnommen; 38 Jahre alt; dabei, was das Interessante an dem Falle ist, fortwährend regelmäßig menstruirt, obgleich die sorgfältigste anatomische Untersuchung keine Spur normalen Ovarialgewebes aufzuzeigen vermochte.

5) (Coats.) Teratom des Ovariums. Pat. war 30 Jahre alt, hatte fünf Monate vor der Operation geboren; nachher fing der schon vorher vorhandene Tumor rasch an zuzunehmen. 2 Monate vor der Operation glaubte man gelegentlich einer Untersuchung eine mit dem Tumor zusammenhängende Cyste gesprengt zu haben. Es fand sich dann auch etwas dickliche blutige Flüssigkeit in der Bauchhöhle, einzelne gelatinöse Tumoren über das Peritoneum zerstreut; die geborstene Cyste am Haupttumor. Diese war groß, größtentheils solid, mit eingestreuten kleinen Cysten. Makroskopisch, wie bei Dermoiden, ließen sich nicht einzelne Gewebe von einander unterscheiden, sondern erst mikroskopisch betrachtet ergab sich ein außergewöhnliches Gemengsel der verschiedensten Gewebsarten, oft alle auf einem Gesichtsfelde vereinigt. Das Grundgewebe bestand aus Spindelzellen, war also sarkomatös, eingesprengt war Drüsengewebe, Fett, Schleimhaut, Knorpel, Knochen, Epidermiszellen und selbst Haare. Am reichlichsten fand sich das Drüsengewebe, Schläuche und Säcke mit Cylinderepithel. Die Schleimhaut erstreckte sich oft gleichsam auf einer sarkomatösen Unterlage hin. Das Knorpelgewebe erschien oft gleichsam als Querschnitte länglicher Cylinder; das Knochengewebe meist in Trabekelform, nur einmal fand sich auch ein Bild ähnlich dem eines querdurchschnittenen Röhrenknochens. Die Epidermiszellen lagen zuweilen in kleinen Haufen in Höhlen. **Zeiss** (Erfurt).

11) **Uspensky.** Fall von Mangel des Uterus.

(Med. Rundschau 1887. No. 19. [Russisch.])

In Rücksicht auf den Aufsatz von Mundé (Centralblatt 1887 No. 42) erlaubt sich Verf. diese Beobachtung mitzutheilen.

30jährige Wäscherin, Fettpolster gut entwickelt, Brüste normal, aber von vielem Fett umgeben, Mons veneris behaart, äußere Geschlechtstheile normal. Die Scheide ist normal, 7 cm lang, kann auf 9 cm ausgedehnt werden, endet aber in einen Blindsack; keine Spur von Portio vaginalis. Weder durch äußere noch innere doppelte Untersuchung durch Scheide und Mastdarm, auch mit Einführung eines Katheters ist eine Gebärmutter zu fühlen. Regeln und Molimina, so wie der Geschlechtstrieb fehlen. **Reimann** (Kiew).

12) **Skene Keith** (Edinburg). Behandlung der Uterusfibroïde mittels Elektricität.

(Edinb. med. journ. 1888. Februar.)

Verf. theilt 6 Fälle mit, deren Besserung unter der elektrischen Behandlung allerdings kaum etwas zu wünschen übrig ließe. Geschwülste, die das ganze Becken ausfüllten, schrumpften zur Größe eines nur leicht vergrößerten Ovariums, die Pat. verdanken der Behandlung ihr Leben u. dgl. Auffälligerweise zeigten harte Tumoren mehr Neigung zur Verkleinerung als weichere. Diese Resultate wurden erzielt in 15—20 Sitzungen mit Stromstärken von 100—200 Milliampères, 5 Minuten, positiver Pol auf dem Abdomen. **Zeiss** (Erfurt).

13) **Rassenzew.** Über operative Verkürzung der runden Mutterbänder.

Dissertation. (Russisch.)

Verf. hat 169 Fälle dieser Operation in der Litteratur gefunden, zu welchen er noch 10 aus der Klinik von Slawiansky zufügt. Die sehr genau beschrie-

bene Technik der Operation bietet nichts wesentlich Neues dar. Die Operation hält er für nicht lebensgefährlich, giebt aber zu, dass zuweilen das Ende der runden Bänder nicht gefunden wird, dass Invagination des Peritoneum und folgende Brüche nicht ausgeschlossen sind, indess erhält die Gebärmutter in Folge der Operation wieder ihre normale Lage; in den von ihm beobachteten Fällen bestand diese Lage noch nach 4—12 Monaten. **Reimann** (Kiew).

14) **Berry Hart** (Edinburg). Mitralstenose und dritte Geburtsperiode.
(Edinb. med. journ. 1888.)

Verf. hält die Stenose der Mitralklappe — wie bereits in Macdonald's Monographie hervorgehoben sei — für eine der schwersten Komplikationen der Geburt. Er hatte in den letzten Jahren Gelegenheit, 8 Fälle zu sammeln. 7 davon gingen zu Grunde. 2 davon werden des Näheren beschrieben.

1) 27 Jahre alt; 3 Kinder geboren, nach dem ersten stellte Macdonald für eine eventuell wieder folgende Geburt eine sehr ungünstige Prognose. Mitralfehler wird also wohl schon damals bestanden haben. Im 4. Monat ihrer 4. Gravidität stellt sich Pat. unter den Zeichen drohenden Aborts zur Behandlung, Blutungen, wiederholte Ohnmachtsanfälle, wehenartige Schmerzen etc. Abdomen war sehr aufgetrieben, Lebergrenze $5^1/_2$ Zoll unter dem Rippenrand, Stuhldrang, Erbrechen. Nachdem dieser Zustand mehrere Tage angehalten, und »ein altes Weib mit dem Finger etwas aus der Gebärmutter genommen haben soll«, findet sie H. in fast moribundem Zustande vor. Puls unregelmäßig, fast unfühlbar, 140, Geräusch am Herzen nicht wahrzunehmen; Cyanose des Gesichts, Extremitäten kalt, Respiration oberflächlich, frequent; keine Blutung, keine Wehen. Urin, mit Katheter entnommen, sehr koncentrirt, ohne Eiweiß. Muttermund offen, ließ den Finger eindringen und das Vorhandensein des Eies resp. Fötus feststellen. Da sich trotz Anwendung mannigfacher Stimulantien der Zustand nicht hob und Wehen nicht eintraten, entfernte man den Fötus; ehe jedoch die Placenta völlig herausgenommen werden konnte, wurde der Zustand direkt bedrohlich, und die Kranke ging binnen Kurzem zu Grunde. Die Sektion ergab eine Mitralstenose und frische Endokarditis der Aortenklappen, rechtes Herz vollgestaut, Lungenödem.

2) 26 Jahre, IIIpara. Allgemein verengtes Becken. Beide früheren Geburten instrumentell beendet: die erste mit Krampfanfällen komplicirt ergab ein todtes Kind. Pat. hatte keinerlei Beschwerden geklagt, die auf Herzfehler hindeuteten, bis auf Athembeschwerden, die 14 Tage vor der Geburt sich einstellten. Bei Beginn der Geburt steigerten sich dieselben zur höchsten Athemnoth', die Zange wurde an den im Beckeneingang stehenden Kopf angelegt — wobei die Nabelschnur vorfiel — und ein todtes Kind extrahirt. Blutverlust im Ganzen gering. Erst nachdem unter Strophantus die Herzbewegungen regelmäßiger und ruhiger geworden waren, die Athmung sich wieder der normalen genähert hatte, konnten die physikalischen Zeichen der Mitralstenose festgestellt werden. Die Rekonvalescenz war entsprechend eine verzögerte.

In einem dritten, nur andeutungsweise mitgetheilten Falle erfolgte im Zeitraum weniger Minuten Lungenödem und Tod.

In sämmtlichen Fällen trat das Verhängnisvolle des Zustandes erst bei oder nach der 3. Geburtsperiode in die Erscheinung, namentlich wenn keine reichliche Blutung die Geburt begleitete. Durch Rückstauung des sonst dem Uterus und der Nachgeburt zukommenden Plus von Blut entsteht Dilatation des rechten Ventrikels und Lungenödem. Den Einwand, der hier gemacht werden könnte, dass die Unterleibsvenen für dieses Blutquantum ein hinreichendes Reservoir bildeten, hält Verf. für unhaltbar.

Um solch verhängnisvollen Vorkommnissen möglichst vorzubeugen, könne Frauen mit Mitralstenosen die Heirath nicht eindringlich genug widerrathen werden. Ist in solchem Falle doch Gravidität eingetreten, so empfiehlt Verf. neben möglichster Ruhe den regelmäßigen Gebrauch von Strophantus vom Beginn der Beschwerden an. Er hat durch letzteres Mittel Besseres erzielt »als durch Digitalis; letzteres vermehre noch indirekt die Arbeit des Herzmuskels durch Kontraktion

der kleinen Arterien, während Strophantus nur den Herzmuskel direkt stärke.« Die Geburt selbst muss man so rasch es die Verhältnisse gestatten beendigen. Die größte Aufmerksamkeit fordert die dritte Geburtsperiode: H. räth, durchaus kein Ergotin zu geben. Bei Eintritt atypischer Herzaktion und Dyspnoe Strophantus äußerlich und trockene Schröpfköpfe in die Herzgegend; eventuell Aderlass. Im Gegensatz zu den bisher meist herrschenden Ansichten (Spiegelberg) ist reichlicher Blutabgang bei der Geburt dem Verf. in allen Fällen als günstiges Zeichen erschienen. Von den Fällen aus seiner eigenen Praxis, die er nach obigen Grundsätzen sorgfältigst behandelte, hat er nur einen verloren. **Zeiss** (Erfurt).

15) **Dorogow.** Amputatio colli bei Stenosis des Cervicalkanales.

(Russische Medicin 1887. No. 24. [Russisch.])

Die Kranke ist 12 Jahre verheirathet, steril. Regeln reichlich, unregelmäßig, schmerzhaft. Gebärmutter vergrößert. Portio vaginalis hypertrophirt, Orificium externum hanfkorngroß. Erweiterung des Muttermundes durch Tupelo, Amputatio colli mit Ekraseur. Tamponade der Scheide mit Liquor ferri. Nach 2 Tagen ein Bougie No. 8 eingelegt und 14 Tage liegen gelassen. Die Regeln wurden schmerzlos und die Kranke wurde schwanger. **Reimann** (Kiew).

16) **Garnet Wilson** (Glasgow). Foetus anencephalus.

(Glasgow med. journ. 1888. März.)

W. demonstrirt in der Glasgower geburtshilflichen Gesellschaft einen Anencephalus (einen Exencephalus nach der Eintheilung Geoffroy St.-Hilaire's), einen Zwilling, von einer Multipara stammend; spontane Entbindung im 7. Monat, 2 Eisäcke mit 1 Placenta. Vom anderen Zwilling ist nichts gesagt. Die Mutter hatte ein Geräusch am Herzen und Eiweiß im Urin; Menge des Fruchtwassers nicht mitgetheilt.

In der Diskussion werden weitere 15 Fälle von Anencephalus mitgetheilt; leider giebt der Bericht nur äußerst spärliche Einzelheiten, so dass sich die Fälle nicht weiter verwerthen lassen. Einer von den Früchten mit Doppelkopf wog 9, ein anderer $10^3/_4$ Pfund. Bezüglich der Ätiologie werden von verschiedenen Seiten folgende Punkte zur Sprache gebracht, Mangel an Zeugungs- resp. Keimkraft, schlechter Allgemeinzustand der Eltern, Gemüthseindrücke in den ersten Schwangerschaftsmonaten, z. B. in einem Falle Schreck über eine Ratte (!).

Zeiss (Erfurt).

17) **R. W. Felkin** (Edinburg). Zwei Fälle von Kürze des Nabelstranges.

(Edinb. med. journ. 1888. Februar.)

1) 22jährige Ipara, seit 36 Stunden kräftige Wehen, Wasserabfluss vor 9 Stunden, Kopf im Beckenausgang, sehr straffes rigides Perineum. Während der äußeren Untersuchung entsteht eine starke Wehe, F. hat unter seiner Hand das Gefühl, als ob etwas risse, und Kind und Nachgeburtstheile werden mit einem Ruck geboren. Zunächst erfolgt eine kolossale Blutung, die jedoch durch energisches Reiben und Ergotin bald zum Stehen gebracht wird. Damm, bis zum Anus eingerissen, wird genäht. Der Nabelstrang war nur $5^3/_4$ Zoll lang und ziemlich dick, und am Rande der Placenta inserirt. F. glaubt bestimmt annehmen zu dürfen, dass die Kürze der Nabelschnur, die übrigens zudem am oberen Rande der Placenta gesessen haben müsse, in diesem Falle die lange Geburtsdauer verursacht habe.

Im zweiten Falle, einer accidentellen Kürze der Nabelschnur, handelte es sich um eine IXpara, deren frühere Entbindungen alle rasch und spontan verlaufen waren. In den letzten 2 Monaten vor der in Frage stehenden letzten Geburt hatte sie viel an Leib- und Kreuzschmerzen, die alle 2—3 Tage anfallsweise auftraten, zu leiden. Oberschenkel waren sehr geschwollen und der Leib durch Hydramnios bedeutend aufgetrieben. Bei starken Wehen und völlig erweitertem Muttermund wird die Blase gesprengt und das Kind hierauf mit 3 Wehen geboren; zu gleicher Zeit aber verschwindet plötzlich der Uterus unter der seinem Fundus von außen

folgenden Hand. Das Kind, scheintodt geboren, wird bald belebt; die Nabelschnur ist 5mal um den Hals und 1mal um die Brust geschlungen. Während die Frau fröstelt und bricht, konstatirt F. eine Inversio uteri; Blutung jedoch nicht stark. Placenta wird gelöst und dann der Uterus ohne große Schwierigkeiten zurückgebracht. Die Nabelschnur hatte dicht an ihrem Ansatz an die Placenta abgebunden werden müssen; Länge wurde nicht gemessen. **Zeiss** (Erfurt).

18) **A. Briggs** (Sacramento). Fall von Karbolvergiftung nach einer vaginalen Irrigation im Wochenbett.

(Sacramento med. times 1887. No. 2.)

Während einer vaginalen Ausspülung mit Karbollösung (1 Theelöffel auf $\frac{1}{2}$ Liter Wasser) bekam eine bis dahin gesunde Wöchnerin einen charakteristischen, sehr schweren Karbolzufall. Ihr Gesicht wurde cyanotisch, die Athmung unregelmäßig und stertorös, die Temperatur subnormal; Herztöne kaum hörbar; das Bewusstsein verschwand. Pat. machte den Eindruck einer Moribunden. Tieflagerung des Kopfes, wiederholte subkutane und rectale Injektionen von Alkohol besserten den Zustand. Doch fing das Bewusstsein erst nach 4 Tagen an zurückzukehren. Stuhl und Urin gingen auch dann noch unwillkürlich ab. Nach Ablauf von drei Wochen war Pat. noch nicht im Stande, fließend zu sprechen. Sie musste noch nach den Worten suchen. Auch ihr Allgemeinbefinden besserte sich nur sehr langsam. Eine Schwäche des rechten Armes blieb auf lange Zeit zurück.

Graefe (Halle a/S.).

19) **Clinton Cushing** (San-Francisko, Kal.). Ein Metallkatheter in Utero über vier Monate.

(Pacific med. and surg. journ. 1887. April. p. 215.)

Eine 24jährige IIgravida begiebt sich behufs Abtreibung in eines der hiesigen professionellen Abortionsinstitute; die »Doctress« der »Anstalt« führte etwas ein in die Gebärmutter und ließ es daselbst. Nach drei Tagen verließ die Frau das betreffende Haus, da ihr das Getriebe daselbst nicht behagte. Es trat dann der Abort ein, ca. 4 Wochen später etablirte sich eine Peritonitis; langsame Genesung. Schmerzen in der Steißbeingegend und starker Ausfluss führten die Frau (4 Monate nach Eintritt in die Anstalt) zum Arzte: ein weiblicher Metallkatheter ragt aus dem Uterus, das untere Ende ist in der hinteren Vaginalwand eingebettet und unbeweglich fixirt. Die Entfernung ist erst möglich, nachdem der Katheter durchtrennt und ein Einschnitt in die hintere Scheidenwand gemacht ist.

Kreutzmann (San-Francisko).

Bitte an die Herren Fachgenossen.

Der Unterzeichnete beabsichtigt im Verein mit mehreren Kollegen einen alljährlich erscheinenden Jahresbericht über Geburtshilfe und Gynäkologie herauszugeben und erlaubt sich, an die Fachgenossen die Bitte zu richten, einschlägige Monographien, Separatabdrücke etc. an die Verlagsbuchhandlung von J. F. Bergmann in Wiesbaden oder an den Unterzeichneten einzusenden. Da der Bericht über das Jahr 1887 im Herbst noch erscheinen wird, bitte ich auch um möglichst umgehende Zusendung der in diesem Jahre erschienenen Arbeiten.

Erlangen. Prof. Dr. **Frommel.**

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 24. **Sonnabend, den 16. Juni.** 1888.

Bericht über den zweiten Kongress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Halle, 24.—26. Mai 1888.

Von

Dr. **Emil Lantos.**

Unter reger Betheiligung der Gynäkologen Deutschlands eröffnete der Vorsitzende Kaltenbach den Kongress; nachdem er in warmen Worten die Anwesenden begrüßte und des Hinscheiden Kaiser Wilhelm's gedachte, wies er in seiner Rede auf das erfreuliche Fortschreiten der Gynäkologie hin und betonte die Nothwendigkeit der vereinten Pflege der Geburtshilfe und Gynäkologie.

Den ersten Vortrag hielt Dührssen (Berlin) über Stoffaustausch zwischen Mutter und Frucht. D. verabreichte nach dem Vorgang von Gusserow Kreißenden Benzoesäure und fand dieselbe eben so wie Gusserow als Hippursäure im kindlichen Urin und im Fruchtwasser. Während aber die Gusserow'schen Versuche noch die Möglichkeit offen ließen, dass die Hippursäure bereits als solche auf den Fötus übergegangen, konnte dies D. ausschließen, indem er in 6 Fällen in der Placenta nur Benzoesäure fand. Die Hippursäure, die D. im kindlichen Urin dreier dieser Fälle nachwies, konnte somit nur von den fötalen Nieren aus Benzoesäure gebildet worden sein. Dass die Benzoesäure nicht direkt aus den Deciduagefäßen in das Fruchtwasser hinein transsudirt, geht aus dem Umstand hervor, dass weder D. noch Gusserow im Fruchtwasser jemals Benzoesäure fanden, wohl aber fanden beide im Fruchtwasser 4mal Hippursäure. Die Versuche von D. hatten also die Schlussfolgerung Gusserow's bestätigt, dass am Ende der Schwangerschaft die fötalen Nieren eben so funktioniren, wie die der Erwachsenen, dass sie Benzoesäure in Hippursäure umwandeln und dass sie Urin produciren, welcher bereits vor dem Blasensprung zeitweilig ins Fruchtwasser hinein entleert wird. Dass die fötale Nierenfunktion schon in der 2. Hälfte der Schwan-

gerschaft vorhanden ist, geht aus dem Umstand hervor, dass D. in zwei Fällen von Schwangerschaft im 4. und 8. Monate im Fruchtwasser ebenfalls keine Benzoesäure fand. Durch das Fehlen der Benzoesäure im Fruchtwasser wird auch die Fehling'sche Hypothese unhaltbar, nach welcher das Fruchtwasser theilweise ein Transsudat aus den Nabelschnurgefäßen sein sollte. Somit ist von D. für den Menschen zum ersten Male der positive Beweis geliefert, dass am Ende der Schwangerschaft die Ernährung des Fötus ausschließlich durch Vermittelung der Placenta stattfindet und dass am Ende der Schwangerschaft das Fruchtwasser ein Exkret der Frucht ist.

Wiener (Breslau) ist derselben Ansicht wie Vorredner.

Ahlfeld betrachtet das Fruchtwasser nicht als wesentliches Nahrungsmittel; doch da im selben Eiweiß vorhanden ist, kann dies durch das intra-uterine Schlucken des Fötus in ihn aufgenommen werden.

Fehling: Vortr. beweist nur, was übrigens er auch nicht bezweifelt, dass der Fötus secernire, aber wie viel, beweist er nicht, und auch das nicht, dass das Fruchtwasser allein Exkretionsflüssigkeit enthält. Woher kommt die oft enorme Eiweißmenge im Fruchtwasser?

D. kann nicht anerkennen, dass das Fruchtwasser ein Transsudat aus den mütterlichen Gefäßen darstellt; diesen für seine Theorie nothwendigen Beweis ist Ahlfeld bisher schuldig geblieben. Sänger's fortgesetzte Verabreichung von Benzoesäure während der Schwangerschaft, wie Fehling sie fordert, führt zu keinem Resultat, da die Hippursäure sehr rasch wieder aus dem kindlichen Urin und Fruchtwasser verschwindet. Der Eiweißgehalt des Fruchtwassers kann aus der ersten Hälfte der Schwangerschaft stammen und von den Jungbluth'schen Gefäßen geliefert sein.

Winckel (München) bespricht in seinem Vortrag: Zur Beförderung der Geburt des nachfolgenden Kopfes die dazu dienenden 21 Methoden. Zum Schluss gelangt er auf die eingehende Besprechung des zuerst von Wiegand (1800), neuerdings aber von Champetier de Ribes, A. Martin und von Vortr. verfolgten Verfahren: Unmittelbar nach Befreiung des zweiten Armes geht man mit zwei Fingern der dem Gesicht entsprechenden Hand, während die andere den kindlichen Rumpf etwas zur Seite erhebt, tief in den Mund des Kindes ein; durch Druck auf die Zungenwurzel wird zuerst das Kinn möglichst tief herabgedrückt, so dass es fast dem Halse anliegt; nunmehr wird erst der Rumpf des Kindes auf den der im Munde befindlichen Hand entsprechenden Vorderarm gelegt; die Hand hat weiter nicht die Aufgabe zu ziehen, sondern nur an dem herabtretenden Kinn den Austritt des Kopfes zu dirigiren. Durch das Heranziehen des Kinnes ist das Occiput im Uterus ziemlich hochgestellt und die Umfassung desselben durch den Uterus mit der freien Hand eine viel leichtere; nun drückt man mit ihr den Kopf, ihn um seinen Querdurchmesser rotirend, nach der Seite des Gesichtes hin vom Hinterhaupte her durch den verengten Beckeneingang, wobei, wenn starke Beckenneigung vorhanden ist, eine leichte Drehung um die sagittale des Schädels gleichzeitig bewirkt wird. Sobald der Schädel, was oft erstaunlich leicht gelingt, in das kleine Becken eingepresst ist, dreht man das Gesicht des Kindes nach hinten und erhebt den Rumpf, während die Hand von außen weiterdrückt, langsam gegen den Leib der Parturiens in die Höhe. Einer besonderen Dammstütze bedarf es dabei nicht. Dieser sehr schonende Handgriff, den W. in 15 klinischen und 5 poliklinischen Fällen anwenden ließ, passt bei sehr fetten Bauchdecken, bei entzündlichen Processen, bei Verletzungen des Uterus oder Vagina nicht.

Olshausen glaubt, dass die einfache Einstellung des Kopfes, da die Becken, wo man operirt, meistens platt sind, nicht genügt; eben so Schultze, der den Kopf nicht am Kinn, sondern an der Stirn mit der ganzen Hand hinunterzieht. A. Martin stimmt W. bei; widerräth aber, den Schultze'schen Handgriff zu gebrauchen, da damit Zeit verloren geht.

Breisky (Wien) will zwei Punkte beachtet wissen: 1) Der Druck auf den

nachfolgenden Kopf kann nur dann gut und nicht gefährlich ausgeführt werden, wenn er im Kontraktionsgebiet und nicht im paralytischen Theil des Geburtskanals ist. 2) Da die in den Mund des Kindes gesetzten Finger leicht eine Mundinfektion verursachen können, soll am Kinn oder Oberkiefer gezogen werden. Veit (Berlin) fürchtet auch Uterusrupturen. Zuletzt bemerkt noch W., dass Zug nicht in Anwendung kommt und die Kraft von außen sehr gering ist.

Dohrn (Königsberg): Zur Frage der Behandlung der Nachgeburtszeit mit Demonstrationen von Abbildungen. Nachdem D. erwähnt, dass er heute im Wesentlichen dieselben Anschauungen vertrete, denen er schon im Jahre 1880 Ausdruck verlieh, hob er die Vorzüge des Credé'schen Handgriffs hervor, sprach aber der exspektativen Methode eine große Zukunft zu. An Tafel I demonstrirte er den Lemser-Schultze'schen Modus der Ablösung der Placenta: den retro-placentaren Bluterguss, der gleichzeitig tamponirt und auf die Vorwärtsbewegung der Placenta wirkt, schätzt er nach 500 Beobachtungen im Mittel auf 305 g. D. hält diesen Modus für den häufigeren 4 : 1. Tafel II giebt den Duncan-schen Modus wieder, wo die Placenta mit ihrem Rande heraustritt. Tafel III stellt den alten Handgriff dar (Zug an der Nabelschnur). Tafel IV zeigt den Credé'schen Handgriff richtig angewendet. Tafel V denselben fehlerhaft angewendet.

Im Anschlusse an diesen Vortrag spricht Fehling (Basel) über den Mechanismus der Placentarlösung. Während in Deutschland Schultze's Anschauungen die meisten Anhänger haben, treten die Gynäkologen Amerikas für den Duncan'schen Modus ein. F. beobachtete unter 81 Fällen 57mal den Duncan'schen Modus, 5mal den Schultze'schen und 19mal den gemischten. Er hält den Duncan'schen Modus für den gewöhnlichen; der Schultze'sche entsteht meistens nur bei Traktionen an der Nabelschnur. Der retroplacentare Bluterguss kann auf die Lösung der Placenta keinen Einfluss haben, kann höchstens nach der ersten Wehe entstehen, wovon er sich durch Chloroformexperimente überzeugte. Die Blutung wird gestillt durch die vom retroplacentaren Bluterguss ausgehende Thrombose.

An der Diskussion über letztere zwei Vorträge betheiligten sich: Schatz: in der Praxis ließe sich das exspektative Verfahren nicht ausführen; der Blutverlust ist nicht gering. Winckel sah unter 100 Fällen 79mal den Schultze-schen Modus; er verfährt auch exspektativ, presst aber nach 2 Stunden die Placenta aus; Blutverlust ist immer. Lahs tritt für den modificirten Credé'schen Handgriff ein und hält den Duncan'schen Modus für den häufigeren. Ahlfeld sah in 40% der Fälle kein Blut vor Entfernung der Placenta; der Blutverlust in den ersten Stunden betrug im Mittel 495 g; Nachblutungen fehlten. In den letzten 5—6 Jahren brauchte er bei seinem Verfahren keine blutstillende Mittel anzuwenden, höchstens hier und da die Massage. Bei Blutungen darf nicht exspektativ verfahren werden. Die Placenta musste nur in 0,3—0,4% der Fälle künstlich gelöst werden, beim Credé'schen Handgriff in 7%. Dohrn erwähnt im Schlusswort, dass die erste Ablösung der Placenta durch Kontraktion bewirkt wird, nur dann tritt der Bluterguss in Wirkung. Unter 1000 Fällen verfuhr er nur — durch zwingende Umstände veranlasst — nach Credé, sonst so wie Winckel exspektativ.

Über Entstehung von Psychosen im Gefolge von Operationen am weiblichen Genitalapparate spricht Werth (Kiel): er sah nach 32 Totalexstirpationen 2mal, nach 160 Ovariotomien 2mal und nach 36 Kastrationen 2mal, also zusammen 6mal Psychose, welche sich 5mal in Melancholie, 1mal in aktiver Melancholie äußerte; dies Übel trat 2mal am 5. resp. 8. Tage nach der Operation, 2mal nach 2—3 Wochen, 2mal aber nach Verlassen der Anstalt auf. Drei genasen: eine am 15. Tage, eine nach 4 Monaten, eine aber nach 6—8 Monaten; bei zweien trat keine Besserung ein, eine endete aber $3^1/_2$ Monate nach der Operation mit Suicidium. Drei waren belastet; drei nach der Menopause (1 Total-

exstirpation und 2 Ovariotomien). Auf Jodoformintoxikation kann er die Fälle nicht zurückführen: 1mal wandte er gar kein Jodoform an, 3mal nur in sehr geringen Quantitäten, 2mal etwas reichlicher. Landau's Erklärung, nach welcher diese Psychosen durch Verstümmelung der Sexualorgane hervorgebrachte Funktionsstörungen (Ausfallserscheinungen) wären, kann W. nicht annehmen, da drei seiner Fälle in einem Alter waren, wo von Geschlechtsfunktion keine Rede mehr sein konnte. In zwei Fällen ist er geneigt, die Psychose auf psychologische Gründe zurückzuführen: 1mal entstand sie im Anschluss an eine Blasenausspülung, 1mal aber machte die Frau vor der Operation eine psychische Emotion durch.

Sänger: Die Psychose besteht meistens schon latent, die Operation bildet nur den Reiz, der sie zum Ausbruch bringt; die Behandlung des Grundleidens darf in keiner Weise durch die Psychose alterirt werden. Martin schreibt den gynäkologischen Operationen ebenfalls keine besondere Rolle auf das Entstehen von Geistesstörungen zu, da man auch bei anderen chirurgischen Eingriffen Psychosen beobachtete; allenfalls sollen psychisch kranke Frauen nur vorsichtig operirt werden. Ahlfeld stimmt Martin bei. Frommel erlebte zwei derartige Fälle, die eine war notorische Potatrix, die andere musste 6 Wochen nach der Operation in die Irrenanstalt überführt werden.

Schwarz (Halle) spricht über Therapie der Extra-uterin-Schwangerschaft und tritt für die operative Behandlung ein. Wenn die Blutung unter das Peritoneum geschah, also abgekapselt ist, so kann man exspektativ verfahren, bessert sich aber das Leiden nicht, so soll zur Operation geschritten werden. Blutet es in die freie Bauchhöhle und lässt sich der gebildete Tumor durch die Bauchwände palpiren, so schreitet er sofort zur Operation.

Winckel erwähnt, dass er in 7 Fällen von Tubenschwangerschaft Morphiumlösung in den Tumor injicirte, 5mal mit Erfolg. In einem Falle brachte er während 2 Jahren in beiden Tuben je einen Fötus zur Schrumpfung; die später stattgehabte Sektion wies in beiden Tuben verknöcherte Föten auf. Veit glaubt nicht, dass sich sobald Jemand entschließen würde, im Dunkeln zu injiciren. Er operirte 7 unkomplicirte Fälle mit bestem Erfolg; außerdem 3mal bei Moribunden: eine verlor er an Sepsis, eine vielleicht wegen Resorption des Blutes, die dritte genas trotz 3maliger Eruption. In vorgeschrittenem Stadium der Schwangerschaft operirt er principiell, nur bei abgestorbenen Föten verhält er sich exspektativ. Wiedow spricht für die exspektative Methode, da es ihm in 10 Fällen kaum gelungen war, die Nachblutung zu stillen. Martin hält die Winckel'sche Methode wegen Gefährdung der Gedärme für sehr gewagt. Bei unkomplicirten Fällen macht er die Laparotomie. Löhlein erklärt sich im selben Sinne. Ziegenspeck stimmt Winckel's Verfahren bei; in einem Falle punktirte er 10mal den Darm ohne jedwede Folge. Schwarz: Winckel's Methode bestärke ihn in seinem Verfahren, da die Pat. durch sie niemals gesund werden und weil der Fruchtsack in den ersten Wochen den Bauchdecken nicht zugänglich ist.

Sänger (Leipzig) demonstrirt: 5 Frauen, an welchen die Lappenperineorrhaphie nach Tait ausgeführt worden war; in einem Falle zugleich mit Emmet'scher Operation, in 4 Fällen als Abschluss der Prolapsoperation; schöne Heilung in allen Fällen; ferner 2 Fälle von reiner Ventrofixatio uteri retroflexi, wovon der eine im Centralblatt für Gynäkologie 1888 No. 3 als No. 7 beschrieben worden ist. Vollständige Heilung andauernd. Der. II. ist Ende Februar operirt worden wegen hochgradiger Retroflexio uteri mit schweren Symptomen. Der Uterus liegt der vorderen Bauchwand an, lässt aber noch Rückwärtskrümmung des Fundus uteri erkennen. Theilt auch im brieflichen Auftrage von E. Fränkel (Breslau) einen weiteren Fall von Heilung einer mit heftigen Beschwerden verbundenen Retroflexio durch die Ventrofixation mit.

Olshausen (Berlin) stellt einen Fall von Ventrofixatio uteri retroflexi vor, außerdem 2 Frauen, bei denen er vor 7 bezw. 5 Jahren die vaginale Totalexstirpation machte und sich kein Recidiv zeigte; er gedenkt bei dieser Ge-

legenheit noch zweier Fälle, die schon 6 Jahre recidivfrei sind. Er macht aufmerksam, dass der Termin eines Recidiv nicht auf kurze Zeit gestellt werden darf; 1 Jahr, wie Martin es behauptet, ist ein zu geringer Termin, es sollten mindestens 2 Jahre angenommen werden, da O. in einem Falle das Recidiv $3^1/_2$ p. o. auftreten sah. Bei einer osteomalacischen Mehrgebärenden zeigten sich im 3. Monate der Schwangerschaft Incarcerationserscheinungen: Repositionsversuche gelangen nicht; 2malige Punktion lieferte keine Flüssigkeit ans Tageslicht, so dass O. sich gezwungen sah, vaginale Totalexstirpation zu machen; die Frau genas.

Martin (Berlin) theilt in seinem Vortrag: Über Myome das Ergebnis der Untersuchung 205 operativ entfernter Corpusmyome mit: Verfettungsprocesse prägnant 7mal, 3mal im Stadium der Verkalkung; 10mal Vereiterungsprocesse; diese Geschwülste waren größtentheils submuköse oder submukös gelegene intramurale Myome, die durch Usurirung der Schleimhaut mit dem Cavum uteri in Berührung kamen; 11mal Ödembildung in den Geschwülsten (Stauungserscheinung) bei durch Blutung herabgekommenen Frauen; 8mal cystische Myome; 3mal teleangiektatisch; 6mal Sarkombildungen: 2mal fibroides Sarkom ohne Kapselbildung mit Stiel, 4mal abgekapselte intraparietale Geschwülste, 2 dieser Fälle starben 7 Wochen resp. 4 Monate nach der Operation an Recidiv; 9mal Komplikation mit Carcinom: 7mal Collumcarcinom, 2mal Corpuscarcinom.

Zweifel (Leipzig): Über Stielbehandlung bei Myomotomie. Nachdem Z. der beiden (extra- und intraperitonealen) Behandlungsweisen gedachte und sich gegen den Gebrauch von versenkten Gummiligaturen (Olshausen) aussprach, geht er auf die Besprechung seiner Methode über, die er Anfangs, wie er dies schon in Salzburg exponirte, auf die Weise durchführte, dass er den Stiel in 4 Partien unterband und mit einer Decknaht übernähte. Seitdem kam er zur Verbesserung seiner Methode durch den Gebrauch der gestielten Bruns'schen Nadeln; die Lig. lata werden mit selben partienweise durchbrochen und Fäden angelegt, deren Ende in die Branchen einer Klemmpincette kommen. Nachdem alle Fäden angelegt sind, werden sie mit Ausnahme des letzten beiderseits einfach ligirt, und das Ligament bis zur Höhe des letzten Fadens durchschnitten. Jetzt wird der Schlauch angelegt und die Endfalten im Bereiche des Schlauches angezogen; nachher wird der Stumpf quer abgeschnitten und Fäden angelegt; nach gründlicher Herrichtung des Stumpfes wird er mit einer Decknaht versehen und versenkt. Von den 23 Myomotomien führte er 9 mit der fortlaufenden Partiennaht aus, die letzten Fälle heilten ganz reaktionslos.

Im Anschluss an diesen Vortrag spricht Fritsch (Breslau) über Myomotomie. Die ersten Myomotomien machte er nach Olshausen, indem er den Schlauch versenkte, sah aber, entgegen Zweifel, nie Nekrose; später hielt er sich an die Schröder-Hofmeier'sche Methode, von der Zweifel in keiner nennenswerthen Weise abweicht, ließ aber nach einmaliger Anwendung der Etagennaht dieselbe als etwas Überflüssiges weg. Da er bei dieser Methode keine günstigen Resultate erzielen konnte (von 39 verlor er 12) und ihm das Hegar'sche Verfahren wegen Nekrose des Stumpfes unbequem erschien, behandelt er den Stiel nach Wölfler, Hacker und Sänger mit folgender Modifikation: Nachdem der Uterus vorgewälzt ist, wird der obere Wundwinkel geschlossen (zur Verhütung von Vorfall der Gedärme); nachher werden die Lig. lata beiderseits mit Déchamps'schen Nadeln unterbunden und der Gummischlauch provisorisch angelegt; der Uterus wird nun nicht flach, sondern auf die Weise abgeschnitten, dass seine Längslinie mit der Richtung der Bauchwunde parallel verläuft, also so, dass er von rechts nach links vereinigt wird; mit einigen kleinen Nähten werden noch die Lig. lata an den Stumpf genäht; der obere Theil des mit Peritoneum übernähten Stumpfes kommt extraperitoneal zu liegen. Der Wundtrichter wird mit Jodoform bestreut und mit Jodoformgaze ausgefüllt und darüber ein typischer Listerverband gelegt. Am 9. Tag wird der Ver-

band gewechselt und die Fäden successive entfernt. Ist die Wunde geheilt, so imponirt sie als gewöhnliche Laparotomiewunde. 19 Fälle operirte F. nach dieser Methode; alle genasen; eine Frau konnte schon 13 Tage nach der Operation entlassen werden.

Bei Myomen des Ligamentum latum erhält F. den Uterus; das Myom selbst wird ausgeschält und der Sack in die Bauchwunde genäht; die Resektion und Drainage des Sackes nach der Vagina, wie dies Martin angab, hält er nicht für zweckmäßig.

Die Enucleation der Myome aus dem Uterus nach Martin wird berufen sein, die Kastration in diesen Fällen ganz überflüssig zu machen.

Diskussion: Olshausen bestätigt die Anführung Fritsch's, dass die Abschnürung mit Gummischlauch den Stumpf nicht zum Absterben bringt; auch Abscedirung kommt selten vor, namentlich wenn der Schlauch gründlich desinficirt wurde; allenfalls ist die Ernährung des Stumpfes herabgesetzt, wesshalb auch O., seitdem er in Berlin ist, den Schlauch nicht mehr versenkt. Die Abbindung der Lig. lata in 4 Abtheilungen, wie dies Zweifel empfiehlt, ist überflüssig, es genügt vollständig, das Lig. infundibulopelvicum, in welchem die großen Gefäße verlaufen, zu unterbinden. Beim Stumpfbereiten sollte man sich gegen die Nachblutung durch das Unterbinden der Art. uterinae sichern. Die Zweifel'sche mehrfache Durchstechung des Stumpfes, da dabei auch der Cervicalkanal durchstochen wird, hält O. wegen Gefahr der Sepsis für gefährlich. O. excidirt erst die Cervicalschleimhaut und desinficirt den Cervicalkanal mit Sublimattupfer, dann vernäht er denselben mit Katgut und schließlich bedeckt er den Stumpf mit Peritoneum. Der Fritsch'sche Vorschlag scheint ihm sehr zweckmäßig. Wiedow ist auch der Meinung, dass die Sepsis sehr häufig vom Cervicalkanal ausgeht, 3 ungünstig verlaufene Fälle halten Hegar ab, den Schlauch zu versenken. Den todten Raum behandelt Hegar eben so wie Fritsch. Er hält den Werth der Kastration noch immer sehr hoch, da die Mortalität nach ihr zur Zeit noch immer geringer ist, als bei Myomotomien. Die Déchamps'schen Nadeln zieht er den Bruns'schen vor.

Hofmeier ist überzeugt, dass die intraperitoneale Methode bessere Resultate liefern kann, man muss sie nur verbessern. Die Vernähung des Stumpfes geschieht lediglich um der Blutung und Sepsis vorzubeugen; sie ist aber überflüssig, wenn die Cervicalschleimhaut gründlich desinficirt wird und die Unterbindung der Gefäße genau geschah. H. umsäumt einfach nach gründlicher Desinficirung des Cervicalkanals den Stumpf.

Frommel sah weder bei Schröder noch in seiner Praxis Nachblutung. 15 Fälle verliefen ganz glatt, seinen 16. Fall verlor er vor einigen Tagen am 7. Tage p. o. an Darmocclusion, die Sektion zeigte, dass der Stumpf vollkommen geheilt war und sich kein Tropfen Blut in der Bauchhöhle befand. In 3 Fällen, wo er den Tumor ausschälte, vernähte und versenkte er den resecirten Sack mit gutem Erfolg.

Breisky spricht sich für die extraperitoneale Behandlung aus. Er konstatirt, dass Gersuny schon 1 Jahr früher als Fritsch die sagittale Stumpfnaht anwendete. B. drainirt jetzt ausschließlich mit Jodoformdochten und kann sie nur wärmstens empfehlen.

Dohrn sah von der Versenkung des Gummischlauches keinerlei Misserfolge.

Kaltenbach fand in den 2 angegebenen Methoden nichts Neues: die Zweifel'sche ist ein intraperitoneales, die Fritsch'sche aber ein extraperitoneales Verfahren. Die Resultate der extraperitonealen Behandlung sind bessere. Die Zweifel'sche Methode hält er für einen Rückschritt zu der Zeit der zahlreichen Unterbindungen, auch scheint sie ihm betreffs Desinfektion des Cervicalkanals nicht zuverlässig. Den Gebrauch der Glühhitze empfielt er nicht, weil der Brandschorf sehr zersetzbar ist. Die Kastration hält er bei kleinen multiplen Myomen für sehr angezeigt.

Zweifel weist laut seinen Erfahrungen dahin, dass die intraperitoneale Me-

thode gegen Nachblutungen nicht genügend sichert. Die Fritsch'sche Methode besitzt die Vortheile und Fehler des extraperitonealen Verfahrens.

Martin ist Anhänger der intraperitonealen Methode; er zieht eben so wie Fritsch die Enucleation der Kastration vor, namentlich aber bei jüngeren Personen. Seitdem er von der Seide unangenehme Erfahrungen (Abscedirungen, Darmocclusion) sammelte, gebraucht er ausschließlich Juniperuskatgut und ist mit diesem Nähmaterial sehr zufrieden.

Skutsch (Jena): Zur Therapie der Retroflexio uteri. So lange man nicht im Stande ist, eine kausale Therapie der durch Anomalien der Uterusbefestigungen bedingten Fälle von Retroflexio uteri stets anzuwenden, muss man sich eines Ersatzes für die verloren gegangenen Funktionen der Uterusbefestigungen bedienen; diesen Ersatz sollen die Pessare leisten, mit welchen sich bessere Erfolge erzielen lassen, als meist berichtet wird. Das Scheitern der Pessarbehandlung ist oft darin begründet, dass ein für den Fall nicht zweckmäßig geformtes Instrument verwendet wird, ferner darin, dass Hindernisse für die Reposition des Uterus in die Normallage oder für die dauernde Retention in der Normallage nicht oder nicht vollständig beseitigt sind. Diejenigen Fälle, in welchen zu feste peritoneale Adhäsionen bestehen, als dass die Trennung (nach Schultze's Verfahren) erlaubt wäre, so wie Fälle mit ausgedehnten parametrischen Narben, gelten meist als unkorrigirbar. Selbst in solchen Fällen lassen sich trotzdem noch manche Erfolge ohne eingreifende Operation (Laparotomie) durch Herstellung der Bedingungen für eine erfolgreiche Pessarbehandlung erreichen. Dies geschieht durch allmähliche Dehnung und methodische Massage der hindernden Adhäsionen und Narben.

Seit 3 Jahren verfährt S. in diesem Sinn. Die erste Veranlassung, das Verfahren anzuwenden, gab vor 3 Jahren ein Fall von fixirter Retroflexion, bei welchem wegen Herzfehler nicht narkotisirt werden durfte (es sollte ev. die Schultze'sche Trennung ausgeführt werden). Ausgedehnteren Gebrauch von der Anwendung der Dehnung und Massage machte S. erst, seit er vor $1\frac{1}{2}$ Jahren durch Thure Brandt die Massage der weiblichen Beckenorgane aus eigener Anschauung kennen gelernt hatte. Bei strangförmigen peritonealen Adhäsionen gelingt die Dehnung am besten durch methodische Versuche, die bimanuelle Reposition auszuführen; bei flächenhaften Adhäsionen oder erheblicheren parametrischen Exsudatresten wird nach der von Brandt ausgebildeten Methode der bimanuellen Massage der chronischen Beckenzellgewebsentzündungen massirt; nach Geringerwerden der Exsudatreste wird allmähliche Dehnung hinzugefügt. Handelt es sich nicht um Hindernisse der Reposition, sondern der Retention, so führt wesentlich direkte Dehnung zum Ziel; man reponirt den Uterus bimanuell und sucht die hindernden Stränge durch Bewegungen, welche man dem Uterus ertheilt, zu dehnen. Diese Dehnungen werden durch direkte Massage der Narbenstränge unterstützt. Sobald wie möglich mache man einen Versuch, den Uterus in normaler Lage durch ein Pessar zu fixiren.

Zur Ausführung dieser Technik ist subtile Diagnose erforderlich. Bei diesen Untersuchungen richtete S. auch mehr Aufmerksamkeit auf die Betastung des Beckenbodens; dabei ergab sich, dass zur Erkennung mancher normaler und anormaler Verhältnisse am Beckenboden eine kombinirte Betastung desselben förderlich sein kann: die eine Hand tastet von Vagina oder Rectum her, die andere gleichzeitig von außen, indem sie unter das Gesäß geschoben wird; besonders über die in der Tiefe des Beckens gelegenen Muskeln z. B. Pyriformis (Tastung durch das Foramen ischiadicum majus), Levator ani kann man sich so manche Orientirungen verschaffen, indem man aktive oder passive Bewegungen veranlasst.

In den letzten 4 Jahren kamen auf die Schultze'sche Klinik zu Jena 230 Kranke mit Retroflexion zur Aufnahme: bei 25 wurde keine Behandlung eingeleitet, meist weil zur Zeit anderen Indikationen zu genügen war; von den übrig bleibenden 205 Fällen konnte in 182 Fällen mit Pessarbehandlung ein befriedigender Erfolg erzielt werden, nur 4mal war die Zuhilfenahme eines Intra-uterin-Stiftes nothwendig. In 15 Fällen gelang es, durch allmähliche Dehnung und Massage die

Bedingungen für erfolgreiche Pessarbehandlung herzustellen. In 19 Fällen wurden peritoneale Adhäsionen nach Schultze's Methode getrennt, stets ohne Schaden: 4mal durfte nur theilweise Trennung vorgenommen werden, 15 Fälle wurden vollkommen reponibel.

Zu den für die Pessarbehandlung schwierigen Fällen gehören die mit abnormer Kürze der vorderen Scheidenwand, doch kann man zur Verlängerung derselben quere Incisionen machen und dieselben sagittal vernähen. Unter den operativen Behandlungen der Retroflexionen scheint nur die Laparotomie sichere Resultate erzielt zu haben. S. gesteht die Berechtigung der Eröffnung der Peritonealhöhle bei Retroflexio uteri zu in Fällen, in welchen auf anderem Wege Heilung nicht erzielt werden kann; die Möglichkeit auf anderem Wege zum Ziele zu gelangen muss erschöpft sein. Da man die Laparotomie noch nicht zu den ungefährlichen Eingriffen rechnen kann, hat man die Pflicht, die weniger eingreifenden Methoden, welche zum Ziele führen, mit besonderem Eifer zu betreiben, dazu sollten die gegebenen Auseinandersetzungen einen kleinen Beitrag liefern. Besonders räth S., nicht eher zur Laparotomie zu schreiten, als bis auch die besprochenen Verfahren sorgfältig versucht wurden; die methodische Dehnung hindernder Adhäsionen und Narben empfiehlt er besonders.

In der Diskussion bemerkt Schwarz, dass er zuerst die Komplikationen behandle und dann sehe, ob noch Beschwerden zurückbleiben, die eine orthopädische Behandlung erheischen. Durch die Trennung nach Schultze konnte er keine dauernden Erfolge erzielen.

Werth machte 9mal die Alexander-Adams'sche Operation mit gutem Erfolge: ein Fall ist vor $1^1/_2$ Jahren, ein zweiter vor 1 Jahre operirt worden.

Wiedow hebt die Druckerscheinungen, Entzündungsprocesse hervor, die auch gut eingelegte Pessarien verursachen; desshalb verurtheilt er die so häufige Anwendung des Pessars, in jedem Fall aber die des Intra-uterin-Stiftes.

Sänger erwähnt, dass Polk in einem Falle von Retroflexion die Ventrofixation und Adams'sche Operation machte; S. tritt für die Ventrofixation ein.

Engelmann (St. Louis) verfährt bei Retroflexionen folgendermaßen: Zur Stärkung des erschlafften Gewebes gebraucht er den faradischen Strom, zur Resorption von Exsudatmassen den galvanischen und bewirkt die allmähliche Dehnung durch elastische Tampons. Durch dies Verfahren wird die Pessarbehandlung unnöthig.

Fritsch hält die Pessarbehandlung für eines der schwersten Kapitel der Gynäkologie. (»Es ist viel leichter, eine Laparotomie zu machen, als eine Retroflexion gut zu behandeln«). Wer sagt, »ein Hodgepessar erfüllt seinen Zweck nicht« oder »ein Pessar macht Druckerscheinungen«, beherrscht diese Therapie nicht in so genügender Weise, dass er sicher das richtige Instrument ausgewählt hat. Man erzielt durch Pessarbehandlung vortreffliche Resultate. F. mahnt, die Pessarbehandlung ja nicht aufzugeben.

Winckel stimmt vollkommen Fritsch's Ausführungen bei; er konnte sich in Amerika von den Misserfolgen der Adams'schen Operation überzeugen.

Schultze stimmt ebenfalls Fritsch bei und betont gleichzeitig, dass er nicht einmal durch Reposition die Komplikationen schwinden sah.

Skutsch ist sehr erfreut, dass die Pessarbehandlung solche Anerkennung fand beschränkt sich darauf, den Herren Schwarz und Wiedow zu erwähnen, dass die Erfolge nach geschildertem Verfahren sehr gute sind; über die Alexander-Adams'sche Operation besitzt er keine Erfahrungen.

Schatz (Rostock) zeigt einen Harnröhrenstein von besonderer Größe vor.

Ein schlecht genährtes, aber großes Mädchen von 18 Jahren hat vor $1^3/_4$ Jahren beim Onaniren eine Haarnadel mit dem umgebogenen Ende voraus in der Urethra verloren, und von da ab noch ein halbes Jahr lang zeitweise die eine Spitze in der Harnröhrenöffnung mit dem Finger gefühlt. Bis dahin empfand sie auch beim

Gehen und sich Setzen Stechen, danach aber nur öfteres Bedürfnis zum Harnen, hatte aber nicht Inkontinenz. Im letzten Februar stellte sich starkes Drängen ein.

Der zugerufene Assistent fand die Spitze eines großen Steines in der Vulva, konnte denselben aber nach oben hin nicht umgreifen, und glaubte, dass derselbe in der Vagina läge. Am nächsten Tage wurde nach zweistündigem Drängen unter starken Schmerzen und Blutung der vorgezeigte Stein geboren und fiel zur Erde. Dabei brach der daran befindliche gleich zu beschreibende Knopf großentheils ab. Der Stein hat die Form eines plattgedrückten Rettichs oder einer Birne, misst in der Länge 8 cm, im größten Umfang 14 cm und wiegt 100 g. Am oberen (stumpfen) Ende sitzt fast senkrecht zur langen Achse des Steines auf einem $2^1/_2$ cm dicken, $2^3/_4$ cm breiten, vorn 1 cm, hinten 2 cm hohen Stiel der bei dem Fall auf den Boden großentheils zerbrochene und nur noch in einigen Stücken vorhandene Knopf auf, welcher nach den noch vorhandenen und verloren gegangenen Resten zu schließen die Größe eines kleinen Apfels gehabt haben mag.

Bevor ich die Kranke gesehen hatte, und so lange ich nach dem Berichte des Assistenten annehmen musste, dass der Stein in der Vagina gelegen hatte, sprach ich die Vermuthung aus, dass der Vorgang der Entstehung des Steines folgender gewesen sein mochte. Die Haarnadel kam mit dem umgebogenen Ende voran bis in die Blase, stach dort rückwärts mit beiden Spitzen durch das Vesico-Vaginalseptum in die Vagina durch, inkrustirte sich, mit dem umgebogenen Ende noch in der Blase hängend sowohl in dieser als in der Vagina mit Harnsalzen, blieb auch, nachdem die Brücke des Vesico-Vaginalseptums vereitert war, mit dem Knopf in der Blase hängen, bis schließlich die Blasenscheidenfistel so groß geworden war, dass der Knopf aus der Blase austreten, und der ganze Stein aus der Vagina geboren werden konnte. (S. einen Fall von Perforation eines Blasensteines von der Blase in die Scheide. Virchow's Archiv Bd. XLIII. p. 428, wo auch die zugehörige Litteratur.)

Als ich aber die Kranke selbst sah, fand ich ein fast unverletztes Hymen, enge Vagina und keine Blasenscheidenfistel, dagegen die Harnröhre für zwei Finger durchgängig, nach beiden Seiten tief eingerissen, die hintere Wand derselben schürzenförmig in die Vulva prominirend. Der Sphincter vesicae schloss durchaus nicht, war offenbar selbst mehrfach zerrissen. In der Blase fand sich kein Divertikel.

Die Haarnadel findet sich in dem frontal durchsägten Stein an beiden Branchen schön koncentrisch schichtenförmig inkrustirt vor.

Nach diesem Befund und nach der eben gegebenen Anamnese muss die Entstehung des Steines in folgender Weise erklärt werden.

Die Nadel blieb, als sie in der Harnröhre verschwand, in dieser liegen, und stemmte sich mit der einen Branchenspitze so gegen die Wand, dass ein Ausziehen nicht möglich war. Das umgebogene Ende der Nadel blieb dabei unterhalb des Sphincter, so dass Harnträufeln nicht eintrat. Allmählich inkrustirt, bildete sie in der ganzen Länge der Harnröhre, und diese immer mehr erweiternd den Stein. Dieser hielt, indem er immer mehr wuchs, mit seinem oberen Ende später sogar den Sphincter vesicae offen, so dass die Steinbildung auch in die Blasenhöhle fortschritt, und dort den Knopf erzeugte, während dessen Stiel im Sphincter vesicae lag. Erst mit der übergroßen Ausdehnung auch der äußeren Harnröhrenöffnung kam es zur Geburt des Steines, bei welcher der Knopf den Sphincter noch weiter dehnte, resp. zerriss.

Der Fall schließt sich ganz einem Fall von Mazario (Siebold's Journal VII. p. 794) an, bei welchem der Stein eben so lang, aber dünner war und ebenfalls einen, aber kleineren (bei der Entfernung des Steines abbröckelnden) Fortsatz nach der Blase hin hatte. Die Ursache war bei ihm eine ziemlich lange Nähnadel, welche nach über einem Jahre in der Vagina zum Vorschein kam und von der Kranken selbst in verrostetem Zustand ausgezogen wurde. Der Stein entwickelte sich in der Wand zwischen Urethra und Vagina. Nach beiden hin war eine Fistel. Um den Stein zu entfernen, mussten in der Urethra 2 Einschnitte gemacht werden. Schließlich volle Heilung.

Bei meinem Fall gelang es durch mein Trichterpessar von Stunde an Kontinenz zu bewirken. Doch werde ich streben, auch organische Kontinenz zu erreichen. Excisionen in der unteren Hälfte der Harnröhre hatten noch keinen Erfolg. Ich bin begierig, ob Excision am Sphincter selbst von der Vagina her (B. Schultze u. A.) Erfolg haben wird. Wegen der großen, jedenfalls seitlichen Risse am Sphincter ist mir dies noch zweifelhaft.

Schatz (Rostock). Therapeutische Mittheilungen.

I. Dilatatio urethrae bei Ischuria puerperarum.

Die Urinretention im Wochenbette ist für gewöhnlich allerdings keine schwere Affektion. Sie kann aber doch, wenn sie länger dauert, für Behandelte und Behandelnde lästig werden. Besonders ist in der gewöhnlichen Praxis bei nur mäßig geschultem Wartepersonal ein an oft wiederholten Katheterismus sich anschließender Blasenkatarrh nicht selten. Seit etwa 10 Jahren behandle ich die Ischuria sehr einfach und mit dem größten Erfolg durch Dilatation der Harnröhre mittels eines nach Art des Handschuhweiters konstruirten Dilatators. Zuerst nahm ich den Schlingenträger von Trefurt dazu; später ein kürzeres aber gleich konstruirtes Instrument. Sobald die Urinentleerung ein oder mehrmals nicht spontan erfolgen konnte, führe ich an Stelle des Katheters das Dilatatorium bis in die Blase ein und dehne, während der Urin zwischen den beiden Branchen abfließt, den Sphincter ganz allmählich etwa zur Weite, dass ein dünner kleiner Finger oder dessen Spitze eingeführt werden könnte. Der Schmerz ist mäßig und hört alsbald mit dem Nachlassen der Dehnung auf. Geringe Blutung folgt öfter. Meist ist schon das nächste Mal das Uriniren spontan möglich. Selten ist eine zweite Dehnung nöthig. Nur in ganz seltenen Fällen hilft auch diese nicht.

Ich zweifle nicht, dass das Verfahren, welches, weil gewöhnlich nur einmal angewendet, bei einiger Vorsicht auch für die Wöchnerin viel weniger lästig ist, als das wiederholte Katheterisiren, in der Praxis schnell allgemein Eingang finden wird. Nicht selten sieht man da allerdings auch schon durch die Anwendung eines etwas dickeren Katheters ähnlichen Erfolg. Doch ist derselbe viel unsicherer.

Eine Erklärung, welche mich selbst befriedigt, kann ich für die Art der Wirkung noch nicht geben. Ich bin auf diese Therapie gekommen, als ich Untersuchungen machte über die Physiologie der Blasenkontraktion, um diese mit der Uteruskontraktion zu vergleichen. Ich erkannte damals, dass beim gewöhnlichen Wasserlassen bei Frauen als Antagonist des Sphincter vesicae nicht der Detrusor anzusehen ist. Dieser kann allerdings den Sphincter eröffnen. Doch hat man dabei ein ganz anderes Gefühl als beim gewöhnlichen Wasserlassen. Bei diesem kommt es bei den meisten Frauen gar nicht zur Kontraktion der meist ganz schlaffen Blase. Man muss also für gewöhnlich einen anderen Mechanismus der Eröffnung des Sphincter annehmen, und zwar entweder eine aktive Erschlaffung des Sphincter oder Antagonisten des Sphincter, welche diesen aus einander ziehen und welche etwa an den Schambeinen inseriren. Es lag nahe, wenn diese Antagonisten in Folge von vorhergegangener Zerrung bei der Geburt nicht genügend wirken können, ihnen durch Dehnung des Sphincter zu Hilfe zu kommen. Eben so kann man erwarten, dass eine aktive Erschlaffung des Sphincter leichter eintritt, wenn dieser nach etwaiger Schwellung oder Reizung durch Dehnung geschmeidiger gemacht wird. Ob dieser Gedankengang richtig ist oder nicht, habe ich bisher nicht feststellen können. Jedenfalls ist die daraus gezogene Therapie erfolgreich gewesen. Man kann dieselbe auch bei Ischurie außerhalb des Wochenbettes versuchen. Sie ist aber dann viel weniger sicher wirksam. Bei spastischer Ischurie erreicht man selten etwas; bei einfach fehlender Übung in Rückenlage Wasser zu lassen, nach Bauchschnitt, vaginaler Uterusexstirpation etc., erzielt man aber häufig Erfolg.

II. Extractum Viburni prunifolii bei Schwangerschaftswehen.

Vor 5 Jahren habe ich auf der Naturforscherversammlung in Freiburg die Hydrastis Canadensis als Mittel empfohlen, Hyperämie und damit Blutungen resp.

auch chronische Entzündungszustände der inneren Genitalien zu mindern. Das Medikament hat seitdem außerordentliche Verbreitung gefunden und private wie öffentliche Berichte bestätigen seine meist sehr exakte Wirkung, wenn man von dem Mittel nicht geradezu Unmögliches verlangt. Ein Theil der Misserfolge, welche manche Ärzte gesehen haben, rühren davon her, dass das Medikament in Deutschland und damit nicht aus der frischen Pflanze gewonnen war. Von dem empfohlenen amerikanischen, aus frischen Pflanzen hergestellten Präparat habe ich auch nach meiner ersten Veröffentlichung wiederholt erstaunliche Erfolge gesehen. Bei Uterusmyomen sind nicht nur die menstruellen Blutungen geringer und regelrecht geworden, sondern ich habe z. B. auch einen Fall gesehen, wo das Myom bereits den Nabel erreicht hatte und nach regelmäßigem Gebrauch von etwa 3 Pfund Fluid extract in 2 Jahren fast ganz wieder im kleinen Becken verschwand. Ich bestätige meine früheren Mittheilungen auch nach der Richtung, dass Hydrastis beim Menschen keine Wehen erzeugt, sondern nur Gefäßverengerung bewirkt. Ich will aber mit dieser Bestätigung durchaus nicht sagen, dass das Mittel alle oder auch nur die meisten Myomoperationen und Kastrationen überflüssig macht. Dies ist es nicht im Stande. Ich will nur darauf hinwirken, dass, wer einmal von dem Mittel Gebrauch macht, das genügend lange und regelmäßig thun muss, ehe er es verurtheilt und verlässt.

Gegen zu häufige und zu starke Menstruation bei jungen Mädchen wird es wohl auch der messerlustigste Operateur gern anwenden.

Heute empfehle ich ein Mittel, welches auch von Amerika aus zu uns gekommen ist. Es kann zwar nicht entfernt die häufige Anwendung finden, wie Hydrastis, ist aber doch für manche Fälle recht erwünscht, weil wir ein anderes entsprechendes Mittel nicht besitzen. Es ist dies Viburnum prunifolium, dessen Präparate ich auch von Parke, Davis & Co. in Detroit, Mich., bezog und welches die Wirkung hat, die Wehenthätigkeit in der Schwangerschaft zu mindern und in Schranken zu halten, die bei manchen Frauen nach früheren Aborten oder Frühgeburten leicht wieder eintritt und den Bestand der Schwangerschaft gefährdet. Es muss freilich auch dies Mittel sehr regelmäßig und monatelang und in einer Dosis von 3—4 g des Extract. spissum genommen werden. Dann kann dieses Mittel aber weder durch die Opiate ersetzt werden — wegen deren Nebenwirkungen — noch durch Bromkali, das in entsprechend großen und regelmäßigen Gaben große Schläfrigkeit erzeugt. Freilich können die Opiate durch Viburnum nicht ganz verdrängt werden, besonders nicht in allen Fällen, wo der Eintritt der Wehenthätigkeit intensiv ist und eine schnelle Unterdrückung erfordert. Man wird in solchen Fällen auch die ruhige Bettlage, wenigstens eine Zeit lang, nicht entbehren können und wird natürlich nur dann Erfolg erwarten dürfen, wenn das Ei noch lebt und weitere Schädlichkeiten fern gehalten werden. Jedoch habe ich in einigen Fällen, wo bei meiner ersten Konsultation der Tod des Eies noch nicht zu konstatiren war, das Ei durch Viburnum noch monatelang im Uterus zurückhalten sehen, obgleich dasselbe, wie der spätere Abort resp. die künstliche Wegnahme zeigte, schon monatelang todt war. Bei der Geburt am normalen Schwangerschaftsende wirkt das Viburnum wie bei jeder kräftig einsetzenden Wehenthätigkeit zu wenig schnell und kräftig, um therapeutisch gut anwendbar zu sein.

Über den Weg, wie das Mittel wirkt, kann ich bis jetzt Auskunft nicht geben, ob es wirkt durch Reizung des uterinen Hemmungs- oder durch Lähmung des uterinen motorischen Centrums. Ich halte aber Ersteres für das Wahrscheinlichere.

III. Intra-uterines Anschlingen der Arme bei Wendung und Extraktion wegen engen Beckens.

Der Kaiserschnitt wird bei Beckenenge niemals dieselben günstigen Resultate ergeben für die Erhaltung der Mutter, wie Wendung und Extraktion, und nur die Rücksicht auf das Leben des Kindes kann die relative Indikation zum Kaiserschnitt — und auch da nur unter bestimmten Bedingungen — rechtfertigen. Jedes Mittel, welches der Wendung und Extraktion auch für das Leben des Kindes bessere Chancen verleiht, wird die relative Indikation zum Kaiserschnitt einschränken, und dies scheint mir bei der ziemlichen Häufigkeit, mit welcher jetzt schon

die Kaiserschnitte aus relativer Indikation gemacht werden, nothwendig, so schön an sich die jetzigen Erfolge bei diesem in den klinischen Operationssälen sein mögen.

Wir haben also die Pflicht, Mittel zu suchen, bei Wendung und Extraktion wegen engen Beckens auch das Leben des Kindes möglichst häufig und sicher zu erhalten.

Es fällt fast Jedem auf, und wir haben es in dem gestrigen Vortrag von Herrn Kollegen Winckel wieder hervorheben hören, wie der nachfolgende Kopf, sobald man die Hemmnisse der Weichtheile zu vermeiden gewusst hat, so oft ganz unerwartet leicht durch das Becken gebracht wird, und ich habe wiederholt den Eindruck bekommen, dass von den bei Extraktion sterbenden Kindern ein guter Theil nicht sowohl durch die Schwierigkeit des Kopfdurchtrittes zu Grunde geht, sondern vielmehr durch die Schwierigkeit und zu lange Dauer der Armlösung.

Bei einem Fall von querer Beckenverengung, welchen ich in Leipzig behandelte, und welcher nach mir von einer Anzahl Assistenten weiter behandelt worden ist[1], habe ich 1872 bei der dritten Geburt zuerst, um ein lebendes Kind zu erhalten, die Arme intra-uterin angeschlungen, um sie nicht lösen zu müssen, und habe abermals ein lebendes Kind von 50 cm bekommen, welches zwar ein Kephalhämatom davontrug, aber weiter lebte, und erst im 2. Lebensjahr an einer Kinderkrankheit starb. Bei der ersten Entbindung war Perforation etc. angewendet worden. Bei der zweiten hatte ich Frühgeburt eingeleitet und gewendet. Das Kind — Knabe von $40^1/_2$ cm — war nach 4 Stunden gestorben. Die späteren 5 Kinder, welche alle durch Einleitung der Frühgeburt, Wendung und Extraktion geboren wurden, starben ebenfalls alle bald nach der Geburt, obgleich auch gerade sie nicht groß waren, während das 6. Kind, welches 51 cm lang und dessen Kopflösung sehr schwer war, auch am Leben blieb. Es sind also gerade die beiden größten Kinder trotz ihres größeren Kopfes bei der Extraktion durch das sehr enge Becken am Leben geblieben. Die anderen werden jedenfalls auch nur theilweise durch die Kopflösung zu Grunde gegangen sein, theilweise jedenfalls durch die lange Dauer der Extraktion in Folge der schweren Armlösung. Bei sehr langer Dauer der Extraktion muss die Blutvertheilung entsprechend stärker gestört, und müssen die Blutungen im Gehirn etc. besonders begünstigt werden.

Seit jenem ersten Mal, wo ich, wie ich glaubte, wesentlich durch Vermeidung schwieriger Armlösung in dem erwähnten Falle ein lebendes Kind extrahirte, welches auch am Leben blieb, habe ich bei einer Reihe von Fällen, wo es darauf ankam, nach wiederholten, andererseits geleiteten schweren operativen Geburten mit todten Kindern endlich auch ein lebendes Kind zu bekommen, nach der Wendung und vor der Extraktion intra-uterin einen oder beide Arme angeschlungen und glaube dadurch allein eine Anzahl Kinder lebend erhalten zu haben. Natürlich habe ich auch öfter, um mich zu kontrolliren, und in Fällen, wo es nicht so nöthig schien, diese Vorsichtsmaßregel nicht angewendet. Im Allgemeinen habe ich aber auch dabei den Eindruck bekommen, dass das intra-uterine Anschlingen eines oder beider Arme die Extraktion bei engem Becken für die Kinder wesentlich weniger gefährlich macht. Die kürzere Dauer der Extraktion, die viel geringere Cirkulationsstörung im Kinde und die wesentlich größere Ruhe, mit der dann die Entwicklung des Kopfes ausgeführt werden kann, mag jedes für sein Theil dazu beitragen. Der Zeitverlust durch das intra-uterine Anschlingen kann nicht in Betracht kommen, da das Kind da noch nicht in seiner Athmung leidet. Einige Geschicklichkeit ist dabei freilich nöthig. Doch braucht dieselbe nicht größer zu sein, als Derjenige haben muss, welcher sich überhaupt zur Vornahme von Wendung und Extraktion bei engem Becken zur Erhaltung des Kindes entschließt. Zweckmäßige Schlingenführer und Schlingen sind nicht unwesentlich. Ich habe dazu den Schlingenführer von Trefurt wieder vorgesucht.

(Fortsetzung folgt.)

[1] Arch. f. Gyn. Bd. I. p. 150, Bd. XXIII. p. 79.

Kasuistik.

1) **Barbier** (Lyon). Wendung, Uterusruptur, Tod.

(Lyon méd. 1888. März 4.)

Sieben frühere Geburten verliefen normal, jetzt Kopf, mit beiden vorgefallenen Armen, in der Scheide stehend. Nachdem schon die Hebamme ihre Kunst vergeblich versucht, macht B. an der die Zeichen innerer Blutung tragenden Kranken die Wendung. Hierauf intra-uterine Irrigation; Tod. Autopsie: $3^1/_2$ Liter Blut im Abdomen, Uterus rechts hinten von unten nach oben total aufgerissen. **Zeiss** (Erfurt).

2) **P. Götze** (Jena). Beiträge zur Kenntnis der Oberflächenbeschaffenheit submucöser Uteruspolypen.

Inaug.-Diss., Jena, 1886.

Der unter Prof. Küstner's Ägide unternommenen Arbeit liegen an Material zu Grunde 5 Polypen aus dem Corpus, 2 aus dem Cervix uteri. Letztere beiden sind völlig mit Plattenepithelien begleitet, unter denselben Riffzellen; am Stiel Cylinderepithel und Übergang desselben in Plattenepithel. 2 von den Corpuspolypen hatten weder Epithel noch Schleimhaut aufzuweisen; 3 Reste von Schleimhaut, einmal darunter z. Th. von Epithel bedeckt, 2mal ebenfalls völlig von Epithel entblößt. In dem Falle, wo die Schleimhautreste noch z. Th. von Epithel bedeckt waren, ist dieses jedoch nirgends mehr normal, auf einer etwa 1 ccm großen Stelle lässt sich indessen noch Plattenepithel mit Riffzellen nachweisen. Das Epithel sitzt an manchen Stellen dem darunter liegenden Muskelgewebe direkt auf und alle eigentlichen Schleimhautelemente dazwischen fehlen.

Die Präparate ergeben demnach zunächst das Vorkommen von Plattenepithelien an Stellen, wo normalerweise Cylinderepithel stehen sollte. G. neigt, ohne dass seine Präparate dafür einen beweisenden Anhaltspunkt abgeben, der Ansicht zu, dass das Plattenepithel an diesen Stellen sich aus dem ursprünglich dort vorhandenen Cylinderepithel umbildet. Alle anderen Erklärungsweisen erscheinen gesucht. Ob die Plattenepithel tragenden Tumoren früher einer therapeutischen Einwirkung von Adstringentien oder Desinficientien ausgesetzt gewesen waren, ließ sich aus den zu Grunde liegenden Notizen nicht entnehmen.

Zweitens zeigten alle untersuchten Polypen die Schleimhaut in mehr oder minder atrophischem Zustande, bei einigen war sie bereits völlig verschwunden, und zwar bei dem einen sehr dünn gestielten Tumor schon während dessen Verweilens im Uterus cavum selbst. Mit der Stielung ist demnach die Neigung zum Zerfall von Epithel und Schleimhaut bereits gegeben. **Zeiss** (Erfurt).

3) **Berry Hart** (Edinburg). Ein Beitrag zur Anatomie der vorgeschrittenen Extra-uterin-Schwangerschaft, nach Durchschnitten. Mit Illustrationen.

(Edinb. med. journ. 1887. Oktober.)

Verf. hatte die günstige Gelegenheit, von zwei Leichen mit Extra-uterin-Schwangerschaft Gefrierdurchschnitte machen zu können. Die Beschreibung der interessanten Verhältnisse ist folgende:

1) Bei der ersten war 10 Stunden ante mortem die Laparotomie gemacht, aber, als man die Ruptur des Fruchtsackes tief unten im hinteren Blatt des Lig. latum und den Sack sogar zwischen Rectum und Vagina hinunter entwickelt fand, die Bauchhöhle wieder geschlossen worden. Die bisherige Schwangerschaftsdauer betrug 4—5 Monate. Das knöcherne Becken, mit seinem Inhalte in situ, wurde herausgenommen und, in gefrorenem Zustande, drei Schnitte durch dasselbe gemacht: ein medianer, einer rechts, einer links, alle in sagittaler Richtung. Der mediane Schnitt trifft Fötus und Placenta in einem Sack, der nach oben hin durch die Blätter des breiten rechten Ligaments, nach unten durch das Basalbindegewebe des letzteren und durch paraproktales Gewebe begrenzt wird. Die Spitze

des Sackes liegt etwa in der Beckeneingangsebene. Die Placenta (8,7 cm lang, 4,1 cm dick) liegt oben zwischen den Blättern des Ligamentes, der Fötus unten. Der linke Schnitt zeigt den (10 cm) Uterus, und ein großes Hämatom zwischen Peritoneum und Rectum; die Ruptur durch das hintere Blatt des Lig., tief unten. Der Uterus enthält eine gut ausgebildete Decidua. Linke Tube und Eierstock intakt. Das Präparat zeigt also, dass der Fruchtsack, ursprünglich tubal, sich zwischen die Blätter des breiten Ligamentes in das Bindegewebe zwischen Rectum und Peritoneum hinein entwickelt hatte und, bis zu seiner Ruptur, völlig extraperitoneal lag.

2) Die Leiche, noch ganz uneröffnet, war die einer Prostituirten, die angeblich schon länger als normal sich in anderen Umständen befunden hatte. Es werden im Ganzen 7 Schnitte in sagittaler Richtung durch Becken, Abdomen und Thorax in toto gemacht. Die nicht speciell die Extra-uterin-Schwangerschaft angehenden Einzelheiten, Thorax- und Herzmaße etc. müssen hier zurücktreten und mag nur Einzelnes erwähnt sein: deutliche Hypertrophie der linken Herzventrikelwandung; sehr hoher Stand des Zwerchfells, veranlasst durch Hochstand des Fruchtsackes in Folge straffer, wenig nach vorn gewölbter Bauchdecken; Dilatation des linken Ureters und Nierenbeckens. Dünndärme verklebt, nach links geschoben. Das stark ausgedehnte Colon transversum mit dem Netz ist an der vorderen Bauchwand adhärent und nach unten zu mit dem Fruchtsack.

Was diesen selbst nun anbetrifft, so war er auch in diesem Falle durchaus extraperitoneal, in Bindegewebslager eingebettet. Er nimmt einen großen Theil der Bauchhöhle ein, reicht bis zum oberen Rande des zweiten Lendenwirbels, und liegt hauptsächlich in der rechten Hälfte des Abdomens; vor ihm an der Bauchwand liegt der Uterus nach links verlagert; zwischen ihm und der hinteren Bauchwandung eine doppelte Lage Peritoneum. Das Peritoneum ferner ist von der ganzen hinteren und einem Theil der vorderen Wand des Uterus abgestreift; vom Fundus aus gehen Gewebsbrücken nach der inneren Fruchtsackwand. An seiner linken Seite umschließt eine kleine Peritonealfalte linke Tube und Ovarium; rechterseits sind diese Organe abgeplattet mit dem Sack an dessen hinterer Wand nach oben gestiegen. Das Peritoneum reicht vor dem Uterus bis zum oberen Rande der Symphyse herunter; darunter die Blase, so dass also nur der untere Theil der vorderen Fläche des Uterus noch vom Peritoneum begleitet ist; der Fundus reicht mit rauher, keine Spur seröser Umhüllung tragenden Oberfläche in den Eisack hinein. Die Blätter des rechten Lig. lat. sind zu enormer Ausdehnung entfaltet, linkerseits schlägt sich das Peritoneum vom Fundus ab seitlich auf den Eisack um. Rechterseits ist das Peritoneum bis über 7 Zoll weit von der hinteren Fläche der vorderen Bauchwand abgehoben. Die Duglas'sche Tasche liegt in der Höhe der Verbindungsstelle des 4. und 5. Sakralwirbels. An der rechten Körperseite (durch besonderen Hautschnitt eröffnet) ist Coecum und Peritoneum hoch hinaufgeschoben.

Der Eisack, als solcher überall gut zu isoliren, selbst ließ sich an den Schnitten sehr genau studiren; enthielt nach mikroskopischer Untersuchung auf seiner Höhe ungestreifte Muskelfasern und Peritonealbedeckung, unten nur Bindegewebe. Der Uterus ist stark vergrößert, $7^3/_4$ Zoll lang; Cervix wie bei Prolaps in der Länge entwickelt. Zwischen ihm und hinterer Beckenwand liegt der Fötus, in dem oberen Theil des Sackes die Placenta. Letztere, eine flache, ovale Masse, mit ihrem längsten Durchmesser in vertikaler Richtung, ist z. Th. direkt an der vom Peritoneum entblößten vorderen Bauchwand, z. Th. am Peritoneum (d. h. dessen äußerer Seite) angeheftet. Rechts zwischen Placenta und Sackwand ein großer Hohlraum, mit Gasen und zersetztem Blut gefüllt, dem an der äußeren Haut eine blauschwarze Stelle entspricht. Die frische Ruptur des Fruchtsackes befindet sich auf dessen höchster Stelle.

Der Fötus wiegt 2 Pfund 4 Unzen. Kopf stark nach hinten gebogen, Rumpf abgeflacht, in starker Extension; in der so gebildeten Grube die Extremitäten: die Entwicklung etwa einem Alter von 7—8 Monaten entsprechend.

Die Placenta war im Zustande starker Gewebsveränderung begriffen; die Zotten

sind atrophirt und äußerst unregelmäßiger Gestalt; liegen in organisirtem, mit zahlreichen Blutkrystallen durchsetztem Coagulum. Nichts von dem zwischen Zottengewebssystem einer normalen Placenta, noch von Serotinazellen: Offenbar fanden während des Wachsthums der Placenta reichliche Blutaustritte statt, die Zerstörung des ihrem mütterlichen Theile analogen Gewebes zur Folge hatten. Die Placenta von dem erst beschriebenen Falle konnte noch nicht untersucht werden. Seine Ansicht über die Gravidit. extra-uterina, gestützt auf die Ergebnisse der Untersuchungen der Durchschnitte, fasst schließlich H. in folgende Sätze zusammen: Tubarschwangerschaft kann sich gegen das Lig. lat. hin entwickeln (intraligamentär Werth), sogar bis unter das Peritoneum des Beckenbodens (subperitonea-pelvica, Dezeimeris). Beim weiteren Wachsen wird dann das Peritoneum nach und nach immer weiter entfaltet, bis der ganze Sack völlig in der Bauchhöhle liegt. Für diese Situation schlägt Verf. den Namen Graviditas subperitonea-abdominalis vor. Eine Graviditas ovarialen oder intraperitonealen Sitzes bedarf erst noch weiterer unzweifelhafter Beweise, ehe Verf. an ihr Vorkommen zu glauben geneigt ist. In der subperitoneal-abdominalen Form geht die Placenta Veränderungen ein, welche für das Leben des Fötus Gefahr bringen. Bei der Behandlung muss, ohne Rücksicht auf das Kind, möglichst rasch zu Gunsten der Mutter eingegriffen werden. Die Placenta soll in loco belassen werden, da die etwa entstehende Blutung gar nicht zu kontrolliren ist; ausgenommen ihre Entfernung durch Ligatur lässt sich leicht bewerkstelligen. Die Neigung zur Organisation des Placentargewebes bildet einen Grund mehr dafür.

Die beigefügten Illustrationen tragen viel zum Verständnis der ziemlich komplicirten Verhältnisse, namentlich des zweiten Falles bei. **Zeiss** (Erfurt).

4) **Lavaux** (Paris). Sonde für intra-uterine Injektionen.

(Gaz. des hôp. 1887. No. 144.)

Eine silberne Sonde à double courant für intra-uterine Injektionen, die von Mathieu verfertigt wird. Sie ist eine Modifikation der Urethralsonde à double courant für den vorderen Urethralabschnitt $3^2/_3$ mm Durchmesser am Ende (daselbst analog dem Hysterometer), am Stamm $1^2/_3$ mm Durchmesser, Länge 30 cm. Maygrier hat in einem Falle von Septikämie nach 2monatlichem Abort, Tarnier in Fällen von Endometritis, besonders in 2 Fällen von hämorrhagischer Endometritis gute Erfolge gesehen. **Pauly** (München).

5) **P. Budin.** Zwei leichte Einrisse in das Hymen bei einer Primipara.

(Progrès méd. 1887. No. 48.)

19jährige Nähterin. Schwangerschaft normal, Wehen 20 Stunden. Kind fast ausgetragen, aber nur 2450 g schwer. Diameter occ.-ment. 12,5, D. o.-front. 10,5, D. subocc.-bregmatique 10, D. bipariet. 8,75, D. bitempor. 8,0 cm. Im Orificium vaginale nur zwei kleine Fissuren hinten und unten. Sie sind so, wie man sie oft nach dem ersten Coitus findet, wie B. meint. Man würde niemals dieser Frau die Geburt eines 2450 g schweren Kindes zugetraut haben. Eine gute Abbildung begleitet die Arbeit. **Pauly** (München).

6) **N. Charles.** Geburt bei Conglutination.

(Journ. d'accouchements 1887. November 15.)

Die Pat., die unter großer Schwierigkeit mittels Kranioklast nach erfolgter Perforation und Hirnentleerung des Fötus entbunden worden ist, kam diesmal im 6. Monat der Schwangerschaft in die Maternité. Bei der Vaginaluntersuchung ist weder das Collum, noch das Orificium des hochstehenden Uterus zu entdecken. Auch die Speculariuntersuchung kann nichts dergleichen entdecken. Endlich entdeckt man nach wiederholten Untersuchungen eine seichte Delle, die man als Orificium ansieht.

Es werden heiße Vaginalduschen angeordnet, behufs Anregung der Frühgeburt. Sie haben keinen Erfolg, auch ist außer der Delle am nächsten Tage kein Zeichen des Orificium zu entdecken. Es wird nun unter Leitung des Fingers bei gleichzeitig herabgedrücktem Uterus eine Sonde in die Delle eingeschoben, und es ge-

lingt ohne sonderliche Mühe, dieselbe vorzuschieben. Weitere Dilatationsversuche mit dem Scanzonischen 3armigen Dilatator werden gemacht, so dass man den Zeigefinger einführen kann. Bäder und Duschen werden fortgesetzt. Keine Wehen. Am dritten Tage Einführen einer Kautschuksonde. Die Eihäute zerreißen, ein wenig Fruchtwasser fließt ab. Nachmittag wenige schwache Wehen. Am Abend fallen die Sonde und die sie fixirenden Tampons heraus. Wenig Fruchtwasser fließt ab. Am nächsten Tage keine Wehen, keine Erweiterung des Collum. Bäder, Dusche. Am nächsten Tage Wiedereinführung der Sonde ohne jedes Resultat. Tags darauf Pressschwamm. Wenige schwache Kontraktionen. Nach 20stündigem Liegen wird der Pressschwamm entfernt. Der Hals erweicht. Zwei Finger gehen durch. Kontraktionen. Dusche, Bäder. Tags darauf (30. April) keine Veränderung. Nur dass das Fruchtwasser etwas röthlich ist. Am 31.: die Wehen cessiren; der Hals verengt sich. Pressschwamm. Am folgenden Tage (1. Mai) wenig Wehen. Geringe Änderung, wie nach dem ersten Pressschwamm.

Die Pat. ist nun bereits 10 Tage im Institut. Seit 8 Tagen Abfluss der Wässer, man entschließt sich zum operativen Eingriff.

Man injicirt 2 cg Morphium und chloroformirt.

Der untersuchende Finger dilatirt den Uterus und zerreißt unter hörbarem Geräusch das Gewebe.

Da das Leben des Kindes als erloschen zu betrachten war, so entschließt man sich zur Kraniotomie. Das Kind wird nach Perforation und Gehirnausspülung extrahirt. Da nach $^1/_2$ Stunde die Placenta noch nicht entwickelt ist, wird auch sie mit der Hand gelöst. Der Uterus wird ausgespült, die Frau bekommt innerlich Secale. Das Wochenbett ohne Zwischenfall. **Pauly** (München).

7) **Peterson** (Bukarest). Metrorrhagien.

(Progrès méd. 1887. No. 52.)

Bei Metrorrhagien empfiehlt P. Vin de Bryone als wirksamer wie Ergotin. Seine Vorschrift lautet:

Vin. alb. 1000,0
Rad. Bryon. dioec. 20,0.

Macera per octo dies et filtra. Ein Esslöffel stündlich bis zum Stillstand der Blutung. **Pauly** (München).

8) **Thomas McArdle** (Washington). Primäre Perineorrhaphie.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. November. p. 1168.)

Der Verf. spricht sich gegen die primäre Darmnaht aus, weil dieselbe die Qual der Entbindung verlängere und durch Ruhe und Reinlichkeit allein ein eben so gutes Resultat zu erzielen sei. Im Nothfalle könne eine sekundäre Darmnaht den Schaden repariren. **Engelmann** (Kreuznach).

9) **Laure Hulme** (West Chester Pa.). Fall von akutem Ergotismus nach dem Gebrauche einer Fluid ounce des Fluid extrakt of ergot.

(Med. news 1885. November 5. p. 538.)

Es handelte sich um eine 48jährige Frau mit submucösem Uterusfibroid und Menorrhagie; ein kleiner Theelöffel voll »Squibb's fluid extrakt of ergot« wurde gegeben; in weniger als vierzig Minuten nachher war die Pat. halb ohnmächtig; Gesicht geschwollen, bleich, mit dem Ausdrucke großer Ängstlichkeit; die Athemzüge sind flach und frequent, Puls frequent, schwach, unregelmäßig; Pupillen erweitert, Sehvermögen stark herabgesetzt; Extremitäten geschwollen; es besteht starkes Gefühl von Schwindel und Übelkeit. Dabei wurde keinerlei Einwirkung auf die Gebärmutter beobachtet: keine Wehen, die Blutung hält an, wie zuvor. Auf Stimulantien beginnen nach 24 Stunden die Symptome zu schwinden.

Kreutzmann (San-Francisko).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 25. Sonnabend, den 23. Juni. 1888.

Inversio uteri completa.

Von

Dr. R. Teuffel, Chemnitz.

Die Seltenheit vollständiger Uterusinversionen veranlasst mich zur Mittheilung des folgenden Falles aus der Praxis eines Kollegen.

24jährige Ipara wird mit der Zange entbunden, da trotz kräftiger Wehen der im Beckenausgang stehende große Kopf des überhaupt starken Kindes nicht vorrückt. Nach der Geburt des Kindes ist der Uterus von oben nicht zu fühlen, dagegen tritt bald darauf mit der Placenta der vollständig invertirte Uterus vor die Vulva. Keine übermäßige Blutung, kein Collaps. Die Placenta löst sich leicht, die Umstülpung wird durch Druck mit der Faust in die Vagina gebracht; eine Reinversion kommt dabei jedoch nicht zu Stande.

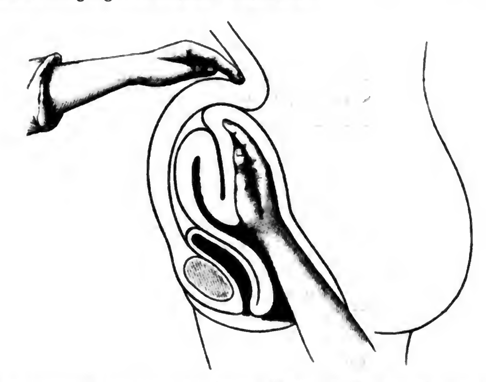
Etwa 1½ Stunden nach der Geburt des Kindes sah ich auf Veranlassung des Kollegen, dem ich obige Notizen verdanke, die Frau. Sie war anämisch und etwas erregt, Puls jedoch befriedigend. Vor der Vulva war nichts mehr zu sehen; die untersuchende Hand traf jedoch sofort auf den invertirten Uterus als einen fast kindskopfgroßen, von Blutgerinnseln umgebenen Tumor. Von der hinteren Umschlagfalte aus konnte die Hand den Tumor nach vorn drängen, so dass der Trichter als nabelartige Einziehung von außen deutlich fühlbar wurde. Dadurch wurde es zugleich möglich, die andere Hand hinter den Uterus zu drängen, denselben von den Bauchdecken aus zu umgreifen und somit die Gegend der hinteren Umschlagfalte zu fixiren.

Die Spitzen der 3 mittleren Finger der in dem Genitale liegenden Hand übten nun einen vorsichtigen Druck nach vorn und oben aus, kontrollirt von der äußeren

Hand, deren Fingerspitzen in der entgegengesetzten Richtung, nach hinten und unten, vorsichtig schiebende Bewegungen ausführten. Schritt für Schritt und ohne Aufwand großer Kraft konnte die Reinversion auf diese Weise in ziemlich kurzer Zeit vollendet werden.

Abgesehen davon, dass die Repositionsversuche durch Druck auf den unteren Pol des umgestülpten Uterus nicht zum Ziel geführt hatten, ist es wohl an und für sich klar, dass auf diese letztere Art die Organe, besonders die Anheftungsstellen des Uterus unnöthigerweise starkem Druck und starker Dehnung ausgesetzt werden, was sich auf die erstere Art, bei der man nur die Umschlagsstelle zum Angriffspunkt wählt, sicherlich besser vermeiden lässt. Auch ist es ein großer Vortheil, dass sich beide Hände vollständig gegenseitig kontrolliren.

Das nebenstehende Schema soll dieses Verhalten der Hände deutlicher machen, ohne Berücksichtigung anatomischer Einzelheiten.



Es ist sicherlich auf diese Art schon öfters bei Repositionen des invertirten Uterus verfahren worden; es möge daher dieser Fall nur eine Bestätigung sein, dass dieses Verfahren verhältnismäßig leicht zum Ziel führt.

Zwischenfälle sind nach vollendeter Reposition nicht vorgekommen, das Wochenbett verlief normal.

Es möge noch erwähnt werden, dass die Nabelschnur abnorm kurz gefunden wurde. Es kann daher leicht mittels derselben ein direkter Zug auf die Placentarstelle vor Bildung des retroplacentaren Blutergusses stattgefunden haben, und darin die Ursache dieser Inversion zu suchen sein; jedenfalls lässt sich dieselbe wohl damit ungezwungen erklären.

---

1) **Brennecke.** Beiträge zu einer Reform des Hebammenwesens auf Grund vereinsgenossenschaftlicher Organisation des Hebammenstandes in Anlehnung an Wöchnerinnenasyle. 2. vermehrte Auflage der Broschüre »Hebammen oder Diakonissinnen für Geburtshilfe?«

Berlin, **Heuser's** Verlag, 1888.

2) Statut des Magdeburger Hebammenvereins.

Magdeburg 1888.

Wie die vorliegende zweite Auflage der sub 1 genannten Broschüre zeigt, haben die Anschauungen und Ziele des in der Frage

der Reform des Hebammenwesens seit lange in vorderster Reihe arbeitenden Verf.s im Laufe der Jahre eine wesentliche Änderung resp. Klärung erfahren.

In der ersten Auflage, über welche im Centralblatt für Gynäkologie VII. Jahrgang No. 39 referirt wurde, trat die Idee eines Diakonissenstandes für Geburtshilfe in unbestimmten und ganz allgemeinen Umrissen hervor. Es wurde ein großes Gewicht auf die durchweg größere Bildung des heranzuziehenden Personals gelegt, der jetzige Hebammenstand in sittlicher und intellektueller Beziehung als völlig unzulänglich dargestellt und diese Ansichten wurden in theilweise, wie der Verf. jetzt selbst zugiebt, über das Ziel hinausschießende Thesen zugespitzt. Nach Überwindung dieser Sturm- und Drangperiode, wie sie der Verf. bezeichnet, haben sich die grundlegenden Gedanken allmählich zu ihrer jetzigen Form entwickelt. Zunächst wurde der Name »Diakonissen«, der vielfach Missverständnisse und Anstoß erregt hatte, fallen gelassen und der Gedanke eines geburtshilflichen Genossenschaftswesens (etwa nach dem Muster der Krankenpflegerinnen vom rothen Kreuz) in den Vordergrund gestellt. Die Wöchnerinnenasyle wurden zu Centralstellen, zu Mutterhäusern dieser Genossenschaft. Auf die höhere Bildungsstufe aller heranzuziehenden Elemente wurde weniger Gewicht gelegt, weil das Wöchnerinnenasyl einzelnen gebildeteren Persönlichkeiten (Oberinnen) eine Einwirkung auf die größere Menge der weniger gebildeten ermöglicht, und die außenstehenden Glieder der Genossenschaft durch den steten Zusammenhang mit dem Wöchnerinnenasyl als ihrem Mutterhause sittlich und wirthschaftlich gestützt und vor Degeneration bewahrt werden konnten.

Eine nothwendige Konsequenz dieser veränderten Auffassung war die Idee, den jetzigen Hebammenstand in irgend einer Weise mit dieser Genossenschaft in Verbindung zu bringen. Das »Wie?« war zunächst noch unklar und findet erst in der letzten Form der B.'schen Vorschläge, wie sie in den kritischen und epikritischen Bemerkungen« am Schlusse der 2. Auflage seiner Broschüre vertreten werden, seine Beantwortung. Seine Vorschläge knüpfen jetzt an die Bestrebungen des leider so früh verstorbenen Prof. Schröder in Berlin an. Schröder suchte die Degeneration der Hebammen in der Praxis, den anerkannten Hauptübelstand unserer heutigen geburtshilflichen Zustände durch Bildung eines Vereinslebens zu bekämpfen. B. sucht diesem Vereinsleben einen festeren Halt zu geben, er sieht in ihm das Vorläuferstadium einer möglichst obligatorischen vereinsgenossenschaftlichen Organisation des gesammten Hebammenstandes — einer Organisation, die durch Anlehnung an zahlreiche, neu zu begründende Wöchnerinnenasyle den Mitgliedern ein dauernd fließender Quell ethischer und wissenschaftlicher Fortbildung werden und welche dem Hebammenstand in seiner socialen Stellung einen kräftigen Halt gewähren wird. An den Wöchnerinnenasylen wird

das jetzt jugendfrisch aufblühende Vereinsleben unter den Hebammen[1] erstarken und zu dauernder fester Gestaltung gelangen können. Die Wöchnerinnenasyle geben den Hebammenvereinen eine feste materielle Grundlage und damit den nöthigen Zusammenhalt, sie bieten Material zur Fortbildung und ermöglichen die Einwirkung von Ärzten und gebildeteren Berufsschwestern auf das Gros der Hebammen. Der Kernpunkt der B.'schen Bestrebungen liegt also in der möglichst innigen und unlösbaren Verbindung von Wöchnerinnenasylen und Hebammenvereinen und sein Mahnruf am Schlusse seiner Broschüre lautet demgemäß: »Bauet Wöchnerinnenasyle!« und »Gründet Hebammenvereine!«

Im Anschluss an das bereits fertig eingerichtete Wöchnerinnenasyl zu Magdeburg hat B. mit Zustimmung und unter Mitwirkung der Magdeburger Kollegen die Begründung eines Hebammenvereins in Magdeburg in die Hand genommen.

Der Verein ist ins Leben getreten und die Statuten bürgen für eine feste, ja unlösbare Verbindung desselben mit dem Wöchnerinnenasyl, dessen ärztlicher Direktor und Oberin Sitz und Stimme im Vorstande des Hebammenvereins haben. Der Verein hat den Zweck (§ 2 des Statuts):

a. eine ununterbrochene Fortbildung im Berufe der Hebammen zu ermöglichen; b. das Standesgefühl und die Kollegialität der Hebammen zu entwickeln, so wie das Ansehen des Standes zu heben; c. eine würdige Bezahlung der Berufsarbeit der Hebammen anzustreben; d. den Gefahren der Wochenbettserkrankungen, besonders auch in den ärmeren Volksschichten, planvoll entgegenzutreten; e. bedrängte Vereinsmitglieder zu unterstützen.

Die Erreichung dieser Zwecke erstrebt der Verein (§ 3):

a. durch regelmäßige Sitzungen, in welchen I. ärztliche Vorträge gehalten, II. Mittheilungen aus der Hebammenpraxis und III. Standesangelegenheiten besprochen werden sollen; b. durch Wiederholungskurse mit besonderer Rücksicht auf die Vorbereitung der Hebammen zu den staatlichen Nachprüfungen; c. durch geburtshelferische Thätigkeit der Hebammen im Wöchnerinnen-Asyl (hier soll den Vereinsmitgliedern Gelegenheit geboten werden [wie in dem diesem Statut angefügten Anhang näher ausgeführt], die Entbindungen gegen ein angemessenes Honorar selbst zu leiten und sich so über alle Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe, so wie dem der Pflege der Wöchnerin und des Kindes auf dem Laufenden zu erhalten]; d. durch gesellige Zusammenkünfte; e. durch Gründung einer Unterstützungskasse. Das Wöchnerinnenasyl nimmt die bedürftige Klientel der Vereinshebammen unentgeltlich auf. Die Hebamme leitet die von ihr dem Asyl zugewiesene Entbindung im Asyl unter Aufsicht

[1] Nach dem Vorgange und Muster des Berliner Vereins haben sich bereits in Breslau, Leipzig, Dresden, Chemnitz, München, Stuttgart, Bochum, Frankfurt a/M., Grimma, Krimmitschau, Offenbach a/M., Wien Hebammenvereine gebildet.

des Direktors und der Oberin und bezieht für die Entbindung das ortsübliche Honorar vom Asylverein. Außerdem leistet der Asylverein Zuschüsse in die Unterstützungskasse des Hebammenvereins, welche übrigens durch hochherzige Schenkung bereits ein Grundkapital von 1000 Mark erhalten hat. Ferner werden vom Asylverein Prämien an besonders eifrige und tüchtige Vereinsmitglieder gezahlt. Das Asyl liefert Material zu den praktischen Fortbildungskursen. Die Geschäftsordnung des Statuts lehnt sich an das Berliner Hebammenvereinsstatut an.

So ist die gewiss glückliche, von B. ins Leben gerufene Idee einer Vereinigung des Hebammenvereinslebens mit den Wöchnerinnenasylen in Magdeburg bereits verwirklicht. Sie wird hoffentlich reiche Früchte tragen und der Ausgangspunkt werden zu einer gründlichen Aufbesserung unserer geburtshilflichen Zustände und damit der Hygiene des Wochenbettes. **Stühmer** (Magdeburg).

Kasuistik.

3) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 11. Mai 1888.

Vorsitzender: Herr Olshausen, später Herr Jaquet; Schriftführer: A. Martin.

Herr Olshausen überreicht zunächst den in der vorigen Sitzung aufgenommenen Mitgliedern ihre Diplome und begrüßt sie als Genossen wichtiger Arbeit auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Frauenkrankheiten. Sodann verliest der Vorsitzende den Bericht über die Thätigkeit der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin in dem Geschäftsjahr 1887/88.

Die Gesellschaft hat in diesem Jahre 17 Sitzungen abgehalten, welche durchgehend von einer großen Zahl von Mitgliedern und zahlreichen Gästen besucht waren.

Von diesen 17 Sitzungen wurde die auf den 9. März 1888 fallende unter dem Eindruck des Ablebens des Kaiser Wilhelm ohne wissenschaftliche Arbeit geschlossen. In 6 Sitzungen wurden geburtshilfliche Vorträge gehalten, in 4 gynäkologische. 4 Sitzungen füllten Vorträge über pathologisch-anatomische, bakteriologische und entwicklungsgeschichtliche Fragen, welche in das Gebiet der Geburtshilfe und Gynäkologie fallen. 2 Sitzungen nahmen die Diskussionen über vorher gehörte Vorträge in Anspruch; die Besprechung der anderen Vorträge wurden in den betreffenden Sitzungsabenden erledigt.

Vor den Vorträgen fanden zum Theil sehr vielfache Demonstrationen von einschlägigen, oft in hohem Grade bedeutungsvollen Präparaten statt.

Die Zahl der ordentlichen Mitglieder ist von 152 auf 168 gestiegen; hierzu kommen 120 auswärtige, so dass die Gesellschaft mit 288 Mitgliedern in das neue Geschäftsjahr eintritt. Von den bisherigen ordentlichen Mitgliedern sind durch Verzug nach außerhalb 5 in die Reihe der Auswärtigen getreten.

Der Antrag des Vorstandes, im Verein mit der Redaktion der Zeitschrift und dem Antragsteller Herrn Jaquet, dem § 17 der Geschäftsordnung zuzusetzen: »Vorstand und Redaktion treten zu gemeinsamer Berathung und Beschlussfassung zusammen bei Veränderungen im Personalstand der Redaktion, dessgleichen bei Veränderungen im Charakter der Zeitschrift. Die Verhandlungen der Gesellschaft werden unbeanstandet zum Abdruck gebracht.« wird ohne Diskussion von der Versammlung angenommen.

Bei der Wahl des Vorstandes verzichten die Herren Olshausen und Kauffmann auf jede Wiederwahl. Darauf wird Herr Gusserow zum ersten Vorsitzen-

den, Herr Jaquet zum ersten stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Die Wahlen der Herren Löhlein, A. Martin, Veit und C. Ruge für die von ihnen bisher eingenommenen Ämter erfolgt durch Acclamation.

Herr Jaquet übernimmt, in Abwesenheit des soeben erwählten ersten Vorsitzenden den Vorsitz und bestimmt die Herren Heyder und Tamm zur Revision der Kasse.

II. A. Martin hält den angekündigten Vortrag: Über die an einer Person wiederholte Laparotomie.

Der Vortr. hat 22mal die 2. resp. 3. Laparotomie an derselben Person zu machen Gelegenheit gehabt, wenn er die Fälle außer Betracht lässt, in denen er in den ersten 3—10 Tagen post operationem primam den Leib wieder öffnete — Fälle, welche weniger bezüglich der Operation als wegen ihrer Indikation (Sepsis oder Ileus) Interesse haben.

Außer den 22 Fällen übersieht Vortr. 2, in denen von ihm die erste Laparotomie, die zweite aber von anderer Seite gemacht wurde; über den Verlauf derselben stehen ihm eingehende Mittheilungen zur Verfügung.

10mal gaben Ovarialerkrankungen die Indikation zur zweiten Laparotomie (5mal Degeneration des anderen, bei der ersten Operation gesund zurückgelassenen Ovarium, 2mal Oophoritis chronica subacuta im anderen Ovarium, 2mal Ovarialerkrankung nach Myomoperation, 1mal Ovarialdegeneration nach Nephrektomie).

7mal indicirten Salpinxerkrankungen die zweite Laparotomie (2mal frische Gonorrhoe, 4mal Recidive analoger Vorgänge in der anderen Seite, 1mal war bei der von anderer Seite ausgeführten ersten Operation der Tumor nicht entfernt worden, jetzt gelang die Exstirpation).

4mal hatten sich nach der ersten Operation Myome entwickelt.

3mal waren es andere Indikationen: a) Fistelbildung, b) Haematoma retroperitoneale und c) Ileus, der sich 2 Jahre nach einer supravaginalen Amputation in Folge einer Verwachsung des Stumpfes mit dem Darm entwickelte.

Auch nach den anscheinend ganz reaktionslos verlaufenen ersten Operationen waren Verwachsungen der Därme mit der Bauchwunde und mit einander die Regel. Vortr. hat nach anfänglichem Schwanken zuletzt stets neben der alten Narbe, womöglich außerhalb des Narbengewebes derselben incidirt.

Um die Nothwendigkeit der Wiederholung der Laparotomie zu vermeiden, wird man stets alles Kranke zu entfernen suchen. Die günstige Mortalität der wiederholten Operationen (obwohl dieselben fast stets extrem schwierig waren, sind nur 3 an den Folgen der wiederholten Laparotomie gestorben, 1 an Sepsis, 2 an Collaps) lässt in den Fällen, in welchen auch nur die Möglichkeit einer Rückbildung etwa vorhandener Veränderungen noch besteht, auf das ernsteste empfehlen, eventuell auch nur Theile des Ovarium oder des Uterus noch zu erhalten. Die alte Narbe ist möglichst zu meiden bei der Incision. Ist die Narbe gedehnt, so wird sie am besten resecirt, so dass zugleich im gegebenen Fall eine Bauchhernie entfernt wird.

Die Diskussion muss der vorgerückten Stunde wegen vertagt werden.

Die zweite Maisitzung (25. Mai) fällt aus, da ein großer Theil der Mitglieder den in diese Zeit einberufenen Gynäkologenkongress zu besuchen beabsichtigt.

---

4) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

365. Sitzung am 16. Januar 1888.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: I. V. Herr Obermann.

I. Herr Döderlein: Über inneres Erysipel.

Ob das Erysipel nur eine örtliche Erkrankung darstellt, oder aber auch Allgemeinerkrankung hervorrufen könne, bildet eine Streitfrage von Alters her. Erst durch die Entdeckung Fehleisen's konnte dieselbe gelöst werden, da der Nachweis des specifischen Keimes aus den einzelnen Organen den Entscheid bringen konnte. Ein einziger derartiger Befund genügt, die Zuverlässigkeit desselben ge-

winnt durch Bestätigung von verschiedenen Autoren. Schönfeld, v. Noorden und Hartmann gelang es, bei an Erysipel Verstorbenen und bei inficirten Versuchsthieren den Streptococcus erysipelatosus Fehleisen in allen Organen nachzuweisen. Kaltenbach, Runge und Stratz berichten sogar von einem intrauterinen Erysipel, das der Fötus bei einer Erysipelerkrankung der Mutter durchgemacht. Dieselben schließen dasselbe allerdings nur daraus, dass das Kind mit abschuppender Haut geboren wurde; der strikte Beweis durch Auffinden der Erysipelkokken wurde nicht erbracht.

Vor Kurzem ereignete sich in hiesiger geburtshilflich-gynäkologischen Klinik ein Fall von sogenanntem inneren Erysipel, der auch nach anderer Richtung noch ganz hervorragendes Interesse bietet.

Es handelte sich um eine 44jährige Frau, die wegen Blutabgang seit 14 Tagen in die poliklinische Sprechstunde kam. Die Untersuchung ergab Gravidität, die Größe des Uterus entsprach dem 5.—6. Monat. Das Blut ergoss sich aus dem Uterus und zeigte die charakteristische Beschaffenheit des alten, zwischen die Eihäute ergossenen Blutes. Diagnose: Haematoma deciduae oder Traubenmole.

Pat. wurde behufs Einleitung des künstlichen Abortus in die Klinik aufgenommen.

Nachdem Pat. vorbereitet war durch Bad, Rasiren, Desinfektion der Scheide und des Cervix mit $^1/_{2000}$ Sublimat wird anderen Tags Vormittags 10 Uhr der hier stets zu diesem Zwecke gebrauchte elastische Katheter mit Gummicondom (vgl. Zweifel's Lehrbuch der Geburtshilfe p. 564 Abbild. 154) eingelegt. Nachdem über Mittag kräftige Wehen eingetreten waren, wurden um 2 Uhr große Massen dieses schokoladefarbenen Blutes entleert und $^1/_2$ Stunde später bei über 5markstückgroßem Muttermund die Blase gesprengt, der sich mit einem Fuß einstellende Fötus extrahirt und wegen Blutung 10 Minuten später die Placenta exprimirt. Abtastung der Uterushöhle ergab, dass Alles ausgestoßen ist, Ausspülung der Uterushöhle mit 3%iger Karbolsäure, Ergotin.

Einige Stunden später, am Abend desselben Tages, stieg die Temperatur ohne Störung des Allgemeinbefindens auf 39,0. Abdomen selbst bei tiefem Eindrücken nicht empfindlich.

Am anderen Tag blieb die Temperatur stets um 40°, ohne dass irgend ein Anzeichen für eine Lokalerkrankung der Genitalien, eine Infektion derselben gegeben war. Der weitere Verlauf gestaltete sich so, dass das Fieber unbeeinflusst durch desinficirende Ausspülungen des Uterus stets ein ungewöhnlich hohes blieb. Am 16. Tage erfolgte der Exitus, nachdem die Pat. die Tage vorher über große Schmerzhaftigkeit im rechten Kniegelenk, rechten Ellbogen- und Mittelfingergelenk klagte. Auffallend war dabei besonders, dass an einem Tag das Kniegelenk etwas geschwollen, bei geringstem Betasten äußerst schmerzhaft war, während dasselbe unter Prießnitz'schen Umschlägen am anderen Tage völlig frei beweglich und schmerzlos wurde. Dasselbe wiederholte sich an den anderen befallenen Gelenken.

Am 3. Tage der Erkrankung wurde vor einer Intra-uterininjektion eine Probe der Uteruslochien auf ihren Keimgehalt untersucht. Mikroskopisch und durch Züchtung fanden sich neben großen, in dicken Rasen wuchernden Kokken Streptokokken von besonderer Kleinheit, die auf dem Impfstrich in ganz kleinen Pünktchen angingen.

Die Sektion ergab zunächst das Fehlen von irgend welchen Infektionserscheinungen an den Genitalien. Uterus entsprechend zurückgebildet, weder am Peritoneum, noch an den Lymphgefäßen, noch Lymphdrüsen, noch auch in der Uterushöhle irgend welche Spuren von Entzündung, oder Eiterung, Peritoneum überall spiegelnd, auch in den abhängigen Partien keine Spuren von Entzündung, sehr geringe Peritonealflüssigkeit. Besonders zu betonen ist ferner, dass die vorübergehend aufgetriebenen und schmerzhaften Gelenke keinerlei Reaktion zeigten, kein Erguss, keine Entzündungserscheinungen an der Synovia.

Pleura normal, in beiden Lungen kleine, bronchopneumonische Herde.

Als Todesursache fand sich eine frische Leptomeningitis mit geringer Eiterproduktion an der Schädelbasis. Aus der Synovia, aus dem Herzblut und aus

dem Eiter der Schädelbasis konnten Streptokokken gezüchtet werden, die im Wachsthum und mikroskopischer Größe völlig mit den intra vitam aus den Lochien gezüchteten übereinstimmten.

Bei späterem genauen Durchsuchen fanden sich die Cervicaldrüsen der rechten Seite des Halses stark vergrößert, von der Schnittfläche fließt trübe Flüssigkeit ab, das Centrum sieht gelbgrau aus, die rechten Axillardrüsen sind am stärksten ergriffen.

Der Fall gewinnt dadurch ganz besonderes Interesse, dass Pat. im Frühjahr vorigen Jahres ein schweres Erysipel des rechten Armes, ausgehend von einer Splitterverletzung am rechten Mittelfinger, überstand. Sie wurde daran bis Juli behandelt und im August trat die Gravidität ein. Leider stößt zur Zeit die Differenzirung des Streptococcus erysipel. und Streptococcus pyogenes auf große Schwierigkeiten. Das Übereinstimmen aber aller Befunde, der klinischen sowohl wie bei der Sektion und der Mikroorganismenuntersuchungen bestimmen Vortr., die letzte Erkrankung als Recidiv des vor $^1/_2$ Jahr überstandenen Erysipels anzusprechen. Die bei der Sektion gefundene erweichte Cervicaldrüse hält er für das Depôt, von dem aus bei Anlass der Frühgeburt der Körper mit dem Erysipelkeime inficirt worden sei. Es stellte sich dieser Fall demnach als eine Selbstinfektion sensu strictu dar, analog einem von Ahlfeld berichteten Fall, wo eine Puerpera rapid post partum erkrankte und starb. Bei der Sektion fanden sich Milzbrandherde in den Mesenterialgefäßen.

Herr Landerer betont, dass der Fall wegen des Ausbruchs des Recidives nach so langer Latenz besonderes Interesse verdiene. Er erinnert an die Versuche der Latenz des Bacillus subtilis und an die vielfach dunklen Erkrankungsfälle anderer Chirurgen. Nur sei er mit dem Ausdruck des inneren Erysipels nicht einverstanden. Streptococcus pyogenes und Streptococcus erysipelat. entbehrten charakteristischer Unterscheidungsmerkmale, und möchte er dies lieber als Pyämie bezeichnen, allerdings chronische.

Herr Döderlein giebt zu, dass in Kulturen und in Thierversuchen eine Differenzirung dieser Kokken nicht möglich sei, auch v. Noorden lasse dieselbe fallen, indessen glaube er hier, besonders die Übereinstimmung der klinischen Erscheinungen, des Sektionsbefundes und der Impfversuche hervorheben zu müssen.

Herr Landerer erwähnt, dass die hierüber angestellten Versuche zu wenig zahlreich, und in ihren Resultaten nicht übereinstimmend seien. Gewiss sei, dass zweifellose Erysipele in Pyämie übergegangen seien. Die Frage der Mischinfektionen sei noch ganz unentschieden. Im vorliegenden Falle spräche die Gelenkaffektion für Pyämie, man nenne doch gewöhnlich nur die auf der Haut ablaufende Affektion Erysipel. Übrigens glaube er nicht, dass jedem verschiedenen klinischen Bilde ein besonderer Coccus zu Grunde liege.

Herr Döderlein glaubt, dass gerade die vorübergehende Gelenkreizung, die keine Spuren von Entzündung oder Eiterung hinterlassen habe, für das Erysipelgift charakteristisch sei.

Herr Landerer hat mit Weigert Untersuchungen mit Streptococcus pyogenes angestellt, nach denen auch diese Keime, ohne Eiterung anzuregen, einverleibt werden konnten.

II. Herr Zweifel berichtet über eine per vaginam ausgeführte Fibromenucleation.

Vortr. bedauert, den Tumor nicht demonstriren zu können, da derselbe in Folge eines Versehens weggeworfen sei. Pat. war 50 Jahre alt; seit mehreren Jahren Menopause. Seit einiger Zeit kopiöser Ausfluss. Seit 2 Monaten Blutsickern. Die wegen des ungewöhnlichen Fettreichthums sehr erschwerte Untersuchung ergiebt Muttermund 5markstückgroß eröffnet, in ihm ein der Cervicalwand ansitzender Tumor, dessen Größe nicht genau eruirt werden konnte. Die Diagnose wird auf fibromatösen Tumor gestellt.

Vortr. hebt den suspekten Charakter der Geschwülste jenseits der Menopause hervor, welche zu anhaltenden Blutungen führen und illustrirt diese Ansicht durch erlebte Fälle, in welchen ein Anfangs mikroskopisch gutartiger Tumor sich im

weiteren Verlauf doch als malign erwiesen habe. Bei der am 2. Januar vorgenommenen Operation fand sich in Narkose der Fundus uteri in der Mitte zwischen Symphyse und Nabel. Die Enucleation wurde unter gewaltigen Schwierigkeiten per vaginam ausgeführt. Nach der Entleerung des Uterus starke Blutung, die selbst nach festester Jodoformgazetamponade nicht stand. Da Pat. schließlich kollabirte, musste die Uterushöhle mit in Liq. ferri getauchten Wattetampons ausgestopft werden. Blutung steht, Puls 132—140. Da der bedrohliche Collapszustand Nachmittags andauert, so werden Rectuminfusionen mit alkalischer Kochsalzlösung ausgeführt, worauf sich der Zustand bessert. Der weitere Verlauf günstig, die durch die Liq. ferri-Ätzung entstandene Jauchung der Uterushöhle wird erfolgreich durch Uterusausspülungen bekämpft. Vortr. hebt hervor, dass sich entgegen den zahlreichen Anpreisungen Jodoformgaze zur Stillung starker Blutungen nicht bewähre. Da Liq. ferri den großen Nachtheil der starken Verätzung mit consecutiver Jauchung habe, so sei Aluminium aceticum vorzuziehen.

Herr Landerer hat bei Nasenbluten nie Jodoformgaze angewandt, wohl aber 10%iges Alum. acet., welches im hiesigen Krankenhause sehr gebräuchlich sei. Er empfiehlt als Stypticum Penghawar jambi. Redner hat von Kochsalzlösungklysmen nicht viel Nutzen gesehen, eben so wenig von subkutaner Applikation. Dagegen hat er bei intravenöser Infusion gute Erfolge gehabt. Seine Ansicht gründe sich auf ca. 50 Thier- und 5—6 Menschenversuche. Er empfiehlt die direkte Infusion bei hochgradigen Verblutungen.

Herr Zweifel erwiedert, solch hochgradige Ausblutungen wie bei Versuchsthieren seien beim Menschen sehr selten, er habe sie nie erlebt. Gerade bei diesem Falle sei die Schwierigkeit der intra-venösen Infusion bei einer so fetten Person besonders zu Tage getreten.

Herr Döderlein fragt an, ob Herr Landerer auch Erfahrungen habe über Infusion alkalischer Kochsalzlösung in die Bauchhöhle.

Herr Landerer hat viele Untersuchungen mit Blutdruckbestimmung gemacht. Er hat gefunden, dass nur bei intravenöser Infusion der Blutdruck genügend schnell gesteigert werde. Es bleibe dies also die letzte Rettung.

Herr Döderlein fragt, wie sich die Erhöhung des Blutdrucks bei Rectal- und Intraabdominaltransfusion verhalte.

Herr Landerer hat darüber keine Erfahrung.

Herr Hennig theilt einen vor längerer Zeit von ihm operirten Fall mit. Es habe sich um ein orangegroßes Fibroid bei einem 32jährigen Mädchen gehandelt. Auch hier sei nach kurzer Zeit ein malignes Recidiv eingetreten.

III. Herr Obermann hält den angekündigten Vortrag: Ein Beitrag zur Behandlung der Placenta praevia. (Derselbe ist im Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 1 in extenso erschienen.

---

5) C. Studsgaard (Kopenhagen). Übersicht über die auf der 1. Abtheilung des Kopenhagener Kommunehospitals von 1882 bis jetzt ausgeführten Exstirpationes uteri vaginales.

(Verhandl. der med. Gesellschaft zu Kopenhagen. Hospitals-Tidende 1888. No. 7.)

Die Übersicht bezieht sich auf 14 vaginale Totalexstirpationen mit einem Todesfall, davon 11 wegen Krebs (1 Todesfall), 2 wegen Prolaps und 1 wegen »Ovarialneuralgie«.

Die Operation wurde 9mal ohne Umstülpung der Gebärmutter, 1mal mit Umstülpung des Fundus nach vorn und 4mal nach hinten ausgeführt; in 3 dieser Fälle wurde die Gebärmutter nach P. Müller in zwei Hälften gespaltet. In der letzten Zeit benutzt Vorredner die Forcipressur nach Richelot, wozu er sich eine besondere, leicht zerlegbare Zange mit größerer Krümmung wie die Richelotsche hat verfertigen lassen. Vorredner ist mit der Forcipressur sehr zufrieden. Die Zange wurde nach 35 Stunden entfernt. Vorredner will überhaupt nicht gern die Gebärmutter umstülpen; wenn man die Portio fortwährend nach unten zieht, kommt diese Infektionsquelle mit dem Bauchfelle nicht in Berührung. Eine Fül-

lung der Blase, um dieselbe gegen eine Läsion zu schützen, betrachtet Vorredner als überflüssig. Er will zuerst die Plica Dougl. eröffnen, dann einen Finger von hier aus über das Ligament nach vorn krümmen und so den Nagel dieses Fingers als Wegweiser bei der Ablösung der Blase dienen lassen. Die Bauchhöhlenwunde wurde nicht geschlossen, nur in mehreren Fällen durch seitliche Nähte verkleinert. In den ersten Fällen wurde ein Drainrohr, später Sublimat- oder Jodoformgaze in die Fossa Dougl. eingeführt.

Es starb, wie erwähnt, von den 14 Pat. nur eine; Todesursache Sepsis, wahrscheinlich von einer kleinen Kontusionsgangrän der Blasenwand ausgehend; Tod am 2. Tag p. o. Bei einer Pat. bildete sich am oberen Ende der Scheide eine kleine Blasenfistel, die sich am 6. Tage spontan schloss. Eine andere Pat. zeigte am 14. Tage p. o. eine Mastdarmscheidenfistel, die sich auch spontan nach einem Monate schloss. Bei 2 der Operirten bildete sich ein Abscess in der Fossa Dougl., wahrscheinlich durch Vereiterung eines Hämatoms; Durchbruch nach der Scheide und Heilung.

Bei Krebs zieht Vorredner die Totalexstirpation der partiellen Operation, so auch der supravaginalen Cervixamputation vor. Von den 11 Pat. mit Krebs war eine 34 Jahre, die 10 anderen waren 37—51 Jahre alt. Nur 1 von denselben war Nullipara. Ihre späteren Schicksale betreffend ließe sich Folgendes mittheilen. 3 starben $^3/_4$ bis $1^1/_2$ Jahre p. o. 1, vor 6 Monaten operirt, leidet jetzt an Cancer hepatis, 1 blieb gesund $1^1/_4$ Jahr p. o., hat sich aber späteren Nachforschungen entzogen. 5 sind jetzt gesund, eine $3^3/_4$ Jahre, eine 14 Monate und 3 ein halbes Jahr p. o. Das fernere Schicksal der 2 wegen Totalprolaps Operirten wird nicht mitgetheilt. Bei der wegen Ovarialneuralgie und Metritis chr. operirten Pat. ist nur $2^1/_2$ Monate nach der Operation verflossen; während dieser Zeit ist Pat. aber völlig schmerzlos.

Vorredner glaubt, dass wir Indikation für Totalexstirpation auch bei mehreren anderen Genitalaffektionen, wie Krebs, finden werden, so außer bei unheilbarem Prolaps auch bei mehreren Gebärmutteraffektionen wie sonst unheilbarer gonorrhoischer Endometritis, bei gewissen Formen von Ovarialneuralgie, wo die Kastration indicirt sei, besonders wenn die Eierstöcke tief gelagert sind und auch chronische Metritis vorhanden ist etc.

In der Diskussion spricht sich Howitz in vielen Punkten gegen die Auseinandersetzungen des Herrn Vorredners aus. Redner zieht die Unterbindung mit elastischen Ligaturen der Forcipressur vor. Auch er ist übrigens ein Gegner der Umstülpung der Gebärmutter. Die Füllung der Blase sieht Redner als eine Erleichterung bei der Ablösung an. Besonders in der Frage von den Indikationen weichen Howitz' Anschauungen von denen des Herrn Vorredners ab. Redner hat gute Erfolge von den partiellen Operationen gesehen und glaubt, dass die Indikationen zu Totalexstirpation in der Zukunft eher eingeschränkt wie erweitert werden sollen. Die Totalexstirpation soll wegen Prolaps sehr selten ausgeführt werden. Gegen Totalexstirpation bei anderen Genitalleiden nimmt Redner eine sehr ablehnende Haltung ein.

Iversen hat nur 3 Totalexstirpationen gemacht; die meisten Pat. kommen zu spät zur Operation. Die hohe Amputation des Cervix hat Redner mehrmals mit gutem Erfolge gemacht. In seinem letzten Fall von Totalexstirpation wendete Redner die Forcipressur an und war damit sehr zufrieden, will dieselbe bei künftigen Fällen anwenden. Bei seiner ersten Totalexstirpation entstand eine Blasenscheidenfistel.

Bloch hat am selbigen Morgen eine Totalexstirpation mit Anwendung von Forcipressur gemacht und ist damit sehr zufrieden. Außer den gekrümmten braucht man auch gerade Zangen. **Leopold Meyer** (Kopenhagen).

6) **Max Strauch** (Moskau). Über künstliche Frühgeburt.

(Archiv für Gynäkologie 1887. Bd. XXXI. Hft. 3.)

Verf. berichtet über 28 künstliche Frühgeburten, welche bei 23 Frauen im kaiserlichen Findelhaus zu Moskau während der letzten 11 Jahre eingeleitet wor-

den sind. Von den Frauen waren Igravida 4, IIgravidae 6, IIIgravidae 7, IVgravidae 5, Vgravidae 1, VIIgravidae 2, VIII-, XII-, XIIIgravidae je 1.

Von den 4 Erstgeschwängerten wurden 2 wegen Morbus Brightii operirt, 1 wegen absolut zu engen Beckens, 1 wegen allgemein verengten Beckens (Conj. vera 8 cm).

Beckenenge war 21mal der Grund der künstlichen Frühgeburt, Morbus Brightii in 3 Fällen, habituelles Absterben der Frucht in 4 Fällen.

Von Mitteln zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt kamen zur Anwendung: a) der faradische Strom 1mal (ohne Erfolg), b) die Kolpeuryse nach Braun 2mal (mit gutem Erfolg, nach Bougieeinführung), c) die Pilokarpininjektion nach Massmann 3mal (ohne Erfolg), d) der Eihautstich 6mal (3mal bei Morbus Brightii, wo eine möglichst schnelle Entbindung angestrebt wurde, 3mal, wo die Bougie nicht genügte), e) die Kiwisch'sche Dusche 20mal (1—6 Tage lang — Nachts wurde ausgesetzt — je 6 Liter einer 1%igen 32° R. warmen Karbolsäurelösung), f) Einführung und Liegenlassen einer Bougie 26mal. Verf. kommt über die Krause'sche Methode, die 20mal, nachdem durch Kiwisch'sche Duschen und Sitzbäder die Geburtswege vorbereitet waren, 6mal ohne dieselben zur Anwendung kam, zu dem Schluss: »Unter strengsten antiseptischen Vorsichtsmaßregeln ausgeführt, hat die Krause'sche Methode nur dann gute und schnelle Erfolge, wenn die Reizbarkeit des Uterus nicht schon durch Kiwisch'sche Duschen herabgesetzt ist.«

Von den Müttern, an welchen die künstliche Frühgeburt eingeleitet wurde, starb keine. Von den Kindern kamen 8 todt, 21 lebend zur Welt (in einem Falle lebende Zwillinge). Von diesen 21 lebend geborenen Kindern starben noch in der Anstalt 10, 11 wurden lebend entlassen (je 1 am 1. und 2. Tage, die anderen nach 1 Woche); von den letzteren ist nur von zweien das weitere Schicksal bekannt. Sie starben nach 6 Wochen an schlechter Pflege resp. nach 1 Jahr an Bronchit. capillar.

Von den 21 Fällen, in welchen wegen Beckenenge die künstliche Frühgeburt eingeleitet wurde, bietet heut zu Tage einer die absolute Indikation für den Kaiserschnitt (Conj. vera 4,7 cm).

Bei den 20 übrigen kann jetzt eventuell die Sectio caesarea in Frage kommen.

Bei dem Vergleich der Resultate der künstlichen Frühgeburt mit dem Kaiserschnitt ist nach den Erfahrungen im Moskauer Findelhaus die Mortalität bei der ersteren Operation für die Mütter = 0%, für die Kinder 55%, wobei man nicht vergessen darf, dass die überlebenden Kinder viel weniger widerstandsfähig sind wie ausgetragene. Die Mortalität bei Kaiserschnitt beträgt nach den bisher in Deutschland errungenen Erfolgen für die Mütter 11,8%, für die Kinder 8%. Die Sterblichkeitsziffer der Mütter wird sich aber voraussichtlich noch weiter vermindern.

Verf. schließt: »In Anbetracht der großen Kindersterblichkeit bei der künstlichen Frühgeburt sollte der konservative Kaiserschnitt bei relativer Beckenenge häufiger ausgeführt werden.« **Vowinckel** (Berlin).

7) **P. Zweifel.** Über Kolpitis emphysematosa (Kolpohyperplasia cystica Winckel. (III. Mittheilung.)
(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 1.)

Entgegen den Folgerungen, die Klebs, Ruge, Eppinger und Chiari an ihre Untersuchungen über die Luftcysten in der Vagina geknüpft, bleibt Z. bei seiner schon früher ausgesprochenen Ansicht von dem drüsigen Ursprung dieser Luftcysten. Die mikroskopischen Befunde der genannten Untersucher stehen zwar in Widerspruch mit seiner Ansicht, jedoch ist der Umstand, dass in mehreren Fällen die Cysten eine epithellose Wandung hatten, kein direkter Beweis gegen den Ursprung aus Drüsen, da die letzteren durch starken Gasdruck zum Platzen kommen, und das Epithel dann nur noch stellenweise erhalten bleibt. Das Gas verbreitet sich in den Gewebsspalten, und es ist wahrscheinlich, dass die Wandungen dieser Räume den Autoren, welche den drüsigen Ursprung der Cysten leugnen, bei der Untersuchung vorgelegen haben. Wiederholt ist von anderen Autoren

der positive Nachweis von dem Vorhandensein von Drüsenepithel an der Innenwand der Cysten gebracht worden, und Haeckel ist es gelungen, in Serienschnitten einen Ausführungsgang gegen das freie Lumen der Scheide zu verfolgen. Z. selbst hatte keine Gelegenheit bei den ihm zur Beobachtung gekommenen Fällen eine mikroskopische Untersuchung anzustellen. Die Pat. waren sämmtlich schwanger, und es war ausgeschlossen explorationis causa Stücke zu excidiren. Die Bemerkung, dass das reichliche Scheidensekret schaumig war, brachte ihn seiner Zeit auf den Gedanken, dass das Gas der Cysten durch einen dem in der Vagina gleichen Vorgang und zwar durch eine Zersetzung entstehe, und dass die Zersetzungskeime aus der Vagina in präformirte Hohlräume — muthmaßlich veränderte Drüsen, deren Ausführungsgänge verschlossen waren — hineingelangt seien. Schon der starke Geruch der Pat. ließ den Verf. das Vorhandensein von Trimethylamin vermuthen. Da Trimethylamin schon bei 9° C. siedet, also bei Körperwärme eine sehr hohe Dampfspannung hat, so war auch mit seinem Vorhandensein das Sprengen der Drüsenwandungen erklärt. In der That fand Verf. auch in den früher ihm vorgekommenen Fällen Trimethylamin in den Cysten. Da der Nachweis aber angefochten wurde, veranlasste Z. Herrn Prof. Hilger die Sekrete der äußeren Genitalien und der Vagina zu untersuchen, um das Vorhandensein von Trimethylamin in den Genitalsekreten im Allgemeinen zu erweisen. Das Resultat dieser Untersuchung ließ keinen Zweifel an dem Vorhandensein des Gases in den Sekreten der Genitalien normaler Schwangerer.

Ein dem Verf. im vorigen Jahre vorgekommener Fall von Kolpitis emphysematosa bei einer Frau im Beginn der 2. Gravidität bot Gelegenheit zu einer neuerlichen Untersuchung des Cysteninhaltes. Hilger fand auch hier Trimethylamin. Verf. glaubt, die Erkrankung resp. der Verschluss der Drüsenausführungsgänge auf eine im ersten Wochenbett, in welchem Pat. septisch erkrankt war, vorgekommene Anätzung der Vagina mit einer schlecht gemischten Karbolsäurelösung zurückführen zu müssen.

Beschwerden der Pat., welche mit der durch Eingießung von Salzsäurelösung in die Vagina völlig und dauernd beseitigten Kolpitis emphysematosa in keinem Zusammenhang standen, heftige, mit Würgen und Erbrechen verbundene, jeder Therapie trotzende Schmerzen, für welche eine greifbare Ursache nicht aufzufinden war, wurden vom Verf. als Zerrungserscheinungen von im ersten Wochenbett erworbenen Adhäsionsnarben seitens des schwangeren Uterus gedeutet und bewogen ihn schließlich, den Abortus einzuleiten.

Der Erfolg war ein vollkommener, was Z. veranlasst, in ähnlichen Fällen künstlichen Abortus zu empfehlen. **Vowinckel** (Berlin).

8) **Ziegenspeck** (München). Über Cysten im Hymen Neugeborener.
(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 1.)

Z. hat 2 neuerdings von Winckel operirte Fälle von Cysten im Hymen Neugeborener mikroskopisch untersucht. Beide Cysten waren mit Schonung des Hymen excidirt worden. Die eine Cyste war 5 mm lang, 4 mm breit und befand sich an der Außenfläche des Hymen, die andere war 3 mm lang, 2 mm breit und saß der Rückseite des Hymen auf. Verf. hat die erste Cyste in parallel dem Hymen gerichtete Serienschnitte zerlegt, die zweite senkrecht zum Hymen geschnitten. Er glaubt, dass die von ihm beschriebenen Cysten durch Einstülpung und Abschnürung von Epithelzapfen entstanden sind, nicht durch Verwachsen von sich zusammenneigenden Leisten des Hymen, zwischen denen sich Epithelmassen angehäuft haben, wie Bastelberger und Döderlein in den von ihnen untersuchten Fällen annahmen. Einzelheiten sind im Original nachzulesen. Der Arbeit sind mehrere Zeichnungen mikroskopischer Bilder beigefügt. **Vowinckel** (Berlin).

9) **O. Piering** (Prag). Zur Kenntnis der Cystenbildung im Hymen.
(Prager med. Wochenschrift 1887. No. 49.)

P. fand bei einer 27jährigen Virgo intacta, welche an den Folgen einer hochgradigen angularen Kyphose tuberkulöser Natur ,verstorben war, an der Vulvarfläche, nahe an dem freien Rand des Hymen kleine, bis höchstens stecknadelknopf-

große, zartwandige, meist prall gefüllte Bläschen, welche beim Einschneiden einen trüben, dünnflüssigen Inhalt entleerten. Dem bloßen Auge erschienen sie ganz wie seröse Epithelcysten. Die mikroskopische Untersuchung aber ergab, dass es sich um Hohlräume handelte, denen jede epitheliale Auskleidung fehle; stellenweis ließ sich an ihrer Innenfläche eine einzige Lage glatter, ovalkerniger Zellen auffinden. Die Hohlräume waren alle geschlossen bis auf einen, in welchen man ein mit glasigem Inhalt gefülltes Gefäß von ebenfalls nur endothelialer Wandbeschaffenheit einmünden sah.

P. nimmt auf Grund dieses Befundes an, dass die Cysten in diesem Fall Lymphgefäßektasien gewesen seien. Bei den wenigen bisher beobachteten und beschriebenen Hymenalcysten hat es sich stets um epitheliale Gebilde gehandelt, welche durch Einstülpung und Abschnürung des Epithels oder durch Verwachsung zweier Hymenalfalten entstanden waren. **Graefe** (Halle a/S.).

10) **Hofmokl** (Wien). Beiträge zur operativen Behandlung eines Darmverschlusses innerhalb der Bauchhöhle nebst Angabe eines Mittels, welches in gewissen Fällen das Auffinden der verengten Stelle am Darme erleichtert.

(Internat. klin. Rundschau 1887. No. 49—52.)

Verf. empfiehlt für die Fälle, in denen die Anlegung eines Anus praeternaturalis der Laparotomie vorhergegangen war, die Aufblähung des Darmes, bei offener Bauchhöhle der Pat., vom Rectum aus durch vorsichtige Eingießung von lauem Wasser auszuführen. Verf. gebraucht für Eingießung den Ausdruck Irrigation, was offenbar nicht dem entspricht, was er damit sagen will, da Irrigation »Berieselung« bedeutet, was diesfalls keinen Sinn hätte. Ref.

Der Vorgang ist einfach, der Erfolg frappant. Die Bauhin'sche Klappe giebt während der Narkose der Pat. kein Hindernis ab.

Bei Verdacht auf mehrere Strikturen räth Verf. entweder nach ausgeführter Resektion von der resecirten Stelle aus sofort laues Wasser einzugießen, oder vom Anus praeternaturalis aus in das abführende Darmlumen Wasser von oben einfließen zu lassen. Ob zur Aufblähung des Darmes Luft etwas besser als Wasser sei, wird die Erfahrung lehren.

Verf. hat in den letzten Jahren 11 Fälle von Darmobstruktion beobachtet. 9 derselben werden kurz skizzirt, 2 aber sehr ausführlich beschrieben. In einem der beiden letzteren Fälle hat Verf. seine Erfindung mit Nutzen verwerthet.

v. Buschmann (Wien).

11) **Böhm** (Wien). Verletzung beim Beischlaf.

(Internat. klin. Rundschau 1887. No. 52.)

Eine 58jährige marastische Wittwe wird von ihrem jungen kräftigen Zimmerherrn über das Bett geworfen und ihr von rückwärts Gewalt angethan. Darauf heftige Blutung durch 4 Tage aus einer Rissquetschwunde im linken Laquear. Scheidenausspülung mit lauer 2%iger Karbolsäurelösung und Jodoformadspersion. Heilung nach 16tägiger Spitalbehandlung. **v. Buschmann** (Wien).

12) **A. Dührssen** (Berlin). Über einen Fall von spontaner perforirender Scheidenruptur mit partiellem Austritt des Kindes in die Bauchhöhle. Genesung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 1.)

34jährige IVpara. Zweimal Zwillinge; alle Geburten angeblich leicht. Fußlage; unter den beiden Füßen der leicht bewegliche Kopf. Nach dem Blasensprung fand sich derselbe fast in den Beckeneingang eingetreten. Eine halbe Stunde später plötzliches Aufhören der Wehen, starker Collaps der Kreißenden, welche über heftige Leibschmerzen klagte. Äußere Untersuchung ergab: Leib bis zum Nabel (durch den Kindskörper) kugelig vorgetrieben. Rechterseits dieser kugeligen Prominenz eine längliche, gewissermaßen haubenartige (der fest kontrahirte Uterus) aufsitzend. Links zwischen Kindskörper und Bauchwand weiche Massen, das Ge-

fühl des Schneeballknirschens darbietend. Leichte Extraktion des Kindes an den Füßen. Ihm folgten große Blutmengen und die Placenta. Die in die Vagina eingeführte Hand konstatirte den rings von der Portio umgebenen Muttermund; neben dem gut kontrahirten Uterus im linken Scheidengewölbe eine große, in eine Art von Höhle führende Öffnung. Durch diese führte D. einen handbreiten, 4fach zusammengelegten 5 m langen Jodoformgazestreifen in den nächstgelegenen Abschnitt der Bauchhöhle, dann einen gleichen in die Vagina. Pat. erholte sich. Trotz stellenweis recht hohen Fiebers verlief das Wochenbett ohne peritonitische Erscheinungen. Nach $3^1/_2$ Wochen konnte die Wöchnerin das Bett verlassen.

Die Ursache der Spontanruptur in diesem Fall sucht D. in einem Missverhältnis zwischen Frucht und Becken — es handelte sich, wie eine spätere Beckenmessung ergab, um ein rachitisch plattes Becken mit einer Verkürzung der C. v. um 2 cm —, da ungeschickte und gewaltsame Entbindungsversuche nicht vorgenommen waren. Das enge Becken und die abnorme Haltung des Kindes — Vorfall der Füße neben dem Kopf — machten es den Wehen unmöglich, die Frucht durch den verengten Beckeneingang zu treiben. Doch kam es nicht, wie gewöhnlich, zu einer stärkeren Ausziehung des unteren Uterinsegmentes, sondern zu einer so starken Zerrung an der Scheideninsertion, dass die Scheide an der linken Seite, wo der Kopf stand, vom Cervix abriss und sich dieser Riss noch in das Ligament hinein fortsetzte. Jedenfalls wäre dies Ereignis verhütet worden, wenn rechtzeitig, d. h. bei noch beweglich über dem Becken stehenden Kopf die Blase gesprengt und die Füße herabgeholt worden wären. (Ref.)

Von Wichtigkeit ist die Bemerkung D.'s, dass sich die drohende Scheidenruptur durch keinerlei Symptome kund giebt, während die des unteren Uterinsegmentes sich bei aufmerksamer Beobachtung und Untersuchung der Kreißenden zuvor diagnosticiren lässt. **Graefe** (Halle a/S.).

13) **B. S. Schultze** (Jena). Die prolongirte und die permanente intrauterine Irrigation bei puerperaler Sepsis.

(Internat. klin. Rundschau 1887. No. 51.)

Welch warmer Freund der intra-uterinen Irrigation Verf. sei, geht daraus hervor, dass er sagt: So weit wir jetzt mit unserer Diagnostik stehen, darf unseres Erachtens mit den Irrigationen nicht gezögert werden, sobald man nach genauer Untersuchung des ganzen Körpers einer Wöchnerin, die über 38,5 fiebert, keinen genügenden Grund für das Fieber auffinden kann, und der Zustand innerhalb 24 Stunden nicht zur Norm zurückkehrt, und die Beschaffenheit des Pulses und der Lochien ebenfalls auf abnorme Zustände hinweisen. Verf. macht diese Irrigationen zuerst mit starken Lösungen von Karbolsäure (3—5%ige), um dann abzuwechseln mit permanenten Ausspülungen (6stündlich bis 3mal täglich) von schwächeren Lösungen mit verschiedenen Antisepticis. **v. Buschmann** (Wien).

14) **Felsenreich** (Wien). Abtragung eines citronengroßen Uteruspolypen ohne Unterbrechung der bestehenden Schwangerschaft.

(Wiener med. Wochenschrift 1887. No. 52.)

28jährige IIIpara; erste Geburt normal, zweite mittels Wendung wegen Querlage. Im 5. Monat der 3. Schwangerschaft bemerkt sie blutigen und schleimigen Ausfluss. Die Hebamme konstatirt einen Polypen von Fingerhutgröße im Cervix. Als Verf. das Mädchen untersuchte, gelangte der Finger über dem Scheideneingange auf eine gurkenförmige, 9 cm lange, 4 cm dicke, von einer vielfach verdickten leicht blutenden Schleimhaut überkleidete, derb elastische Geschwulst, welche wie eine Frucht an der bedeutend ausgezogenen, etwa 5 cm breiten dünnwandigen hinteren Muttermundslippe hängt, sonst aber von allen Seiten frei ist. Im Stehen und beim Drängen der Pat. kommt die genannte Geschwulst einige Centimeter weit zwischen den großen Labien zum Vorschein.

Abtragung der Geschwulst und nachfolgende Vereinigung der Wundränder durch die Naht. Reaktionsloser Heilverlauf.

Sechs Wochen darauf normale Geburt eines lebenden reifen Knaben. Ungestörtes Puerperium. **v. Buschmann** (Wien).

15) **G. Assaky** (Bukarest). Thrombus vulvae, Uterusruptur.

(Compt. roum. de méd. et de chir. 1887. 1. Jahrgang.)

Das zweite Heft enthält neben den Originalarbeiten chirurgischen Inhalts von J. Felix, J. Tonatre und J. Kiriac einen gut beschriebenen Fall eines Thrombus der Vulva während der Gravidität von Prof. Bastaki (Jassy) und von demselben einen Fall von Ruptur des Uterus mit Vorfall des großen Netzes und Ausgang in Heilung. **Pauly** (München).

16) **King** (Washington). Dystokie durch Kürze oder Umschlingung der Nabelschnur und ihre Behandlung.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. Sept. 24. p. 398.)

K. hält Verzögerung der zweiten Geburtsperiode durch abnorme Kürze oder Umschlingung der Nabelschnur für viel häufiger, als gewöhnlich geglaubt wird. Leichte Fälle pflegen durch Anlegung der Zange glücklich beendet zu werden, indem die Placenta sich löst und dem Kindskörper unmittelbar folgt. Ist die Lösung aber nicht beendet, so wird der Extraktion entweder ein Hindernis bereitet, oder sie gelingt, jedoch mit Inversion des Uterus etc. Meist wird der wahre Grund für die Dystokie hier übersehen und dieselbe auf andere Ursachen zurückgeführt. Allein in der Litteratur, zumal in der älteren, finden sich Angaben darüber, wogegen in den neueren Handbüchern dieses Verhältnisses kaum Erwähnung geschieht. Die von K. vorgeschlagene Behandlung besteht darin, dass man die Kreißende eine knieende, sitzende oder hockende Stellung annehmen lässt, wodurch Uterus nebst Inhalt durch ihre Schwere herabsinken, hierdurch die Entfernung der beiden Enden der Nabelschnur von einander und somit ihre Spannung vermindert wird. Schon in dem Handbuch von Denman, London 1832, wird ein ähnliches Verfahren vorgeschlagen. **Lühe** (Demmin).

17) **Byford.** Ligamenta rotunda von einem Fall von Alexander's Operation.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. Oktober 1. p. 442.)

B. zeigte in der Chicago gynäcolog. society 2 Ligamenta rotunda vor, welche er vor wenigen Stunden bei Ausführung einer Alexander'schen Operation entfernt hatte. Sie sind ganz außerordentlich dünn, so dünn wie ein Zeugband.

Lühe (Demmin).

18) **Fenger.** Eine neue Kolpoplastik bei Defekt der Vagina.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. Oktober 1. p. 444.)

Ist eine Vagina in ihrem unteren Theile durch Narbengewebe geschlossen, so pflegt man dasselbe theilweise auszuschneiden, stumpf einzureißen und dann zu dilatiren. Allein sehr gewöhnlich zieht sich der so gewonnene Kanal sofort wieder zusammen, sobald die dilatirenden Röhren fortgelassen werden. Statt des von Credé geübten Verfahrens der Lappenbildung aus den großen Schamlippen, schlägt F. vor, die kleinen Labien abzulösen und umzustülpen. In einem so operirten Fall heilten die Lappen gut ein, die entstandenen Defekte in der Haut konnten leicht durch Heranziehung der Nachbarhaut und Vernähung geschlossen werden. Im Anfang muss die neue Vagina mit Jodoformgaze austamponirt werden, später sind Glasröhren eingeführt worden. **Lühe** (Demmin).

19) **Fenger.** Kystom mit theilweise intraligamentöser Entwicklung.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. Oktober 1. p. 442.)

F. zeigt in der Chicago gynäcol. soc. ein exstirpirtes Kystom vor, welches von ungeheurem Umfang gewesen war. Nach der Punktion desselben fand sich ein merkwürdiges Gebilde, welches an die Seite der Cyste nahe dem Abdominalende der vergrößerten Tube angeheftet war. Es stellt einen engen cylindrischen Sack vor, 21 cm lang, 4 cm im Durchmesser; er ist gefüllt mit heller Flüssigkeit, seine

Wandung durchscheinend. F. hält dies für eine wieder geöffnete und erweiterte Morgagnische Hydatide, das Überbleibsel des Endes vom Müller'schen Gang.

Lühe (Demmin).

20) **Caldwell.** Kropf als Ursache von Querlagen.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. Oktober 8. p. 472.)

C. hatte bei einer Frau Gelegenheit, in 3 auf einander folgenden Schwangerschaften Querlagen zu beobachten. Das Auffallende war aber, dass bei früheren Entbindungen völlig normale Kopfendlagen bestanden und nur bei den letzt beobachteten 3 sich Querlagen ausgebildet hatten. Eine Abnormität im Becken fand sich nicht. Dagegen hatte ein früher weniger bedeutender Kropf in letzter Zeit stark zugenommen und erhebliche Athembeschwerden bewirkt, so dass die Frau Nachts im Bette vom 7. Schwangerschaftsmonate an eine mehr sitzende Lage einzunehmen gezwungen war. C. glaubt nun, dass diese Stellung vielleicht die Ursache für die Entstehung der Querlagen abgegeben haben möchte, indem fortgesetzt ein Druck auf den Fundus uteri ausgeübt und dadurch die lange Achse der Gebärmutter aus der vertikalen zuerst in eine schiefe, dann ganz quere Richtung gedrängt worden sei. **Lühe** (Demmin).

21) **Price.** Peritonitische Verwachsungen der Därme, welche ein Uterusfibroid vortäuschten.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. December 10. p. 758.)

Eine Farbige hatte nach einem Pferdehufschlag gegen den Leib vor 18 Monaten stets heftige Schmerzen, man fühlte neben dem Uterus rechts eine harte Masse; Laparotomie. Die Dünndarmschlingen waren fest mit einander verklebt, die Verwachsungen wurden gelöst und Genesung trat ein unter reichlichem Gebrauch von Bittersalz. **Lühe** (Demmin).

22) **Helen Bissel** (Boston). Tod einer Kreißenden an beiderseitiger Hydronephrosis.

(Med. record 1887. December 10. p. 734.)

Die Überschrift giebt das Wesentliche der interessanten Krankengeschichte.

Lühe (Demmin).

23) **Weir.** Ein ungeheures Fibrom der Bauchwand, welches einen Ovarialtumor vortäuschte. — Laparotomie — Genesung.

(Med. record 1887. December 3. p. 703.)

In dem Glauben, es mit einer multilocularen Cyste des Ovariums von erheblicher Größe zu thun zu haben, machte W. eine Laparotomie. Im Fortschritt der Operation wurde zuerst geglaubt, dass es sich um ausgedehnte Verwachsungen der Geschwulst mit der Bauchwand handele, bis schließlich sich herausstellte, dass ein extraperitonealer Tumor vorlag, welcher von der Bauchwand ausging. Hätte die Diagnose früher gestellt werden können, so würde es möglich gewesen sein, die Operation ohne Eröffnung der Bauchhöhle zu beenden. Die Untersuchung stellte fest, dass die Geschwulst aus fibrösem Gewebe bestand mit nur wenigen zwischengestreuten Muskelfasern. Die festen Massen wogen $5^1/_2$ kg.

Außer einigen schon bekannten Fällen, welche von Heineke in seiner Monographie über Entzündungen, Anschwellungen und Geschwülste des Unterleibes im Billroth-Pitha'schen Sammelwerk aufgeführt sind, ist dem Verf. noch ein nicht veröffentlichter Fall von Briddon mitgetheilt worden, in welchem ein $1^1/_4$ kg schweres Fibrom sich von der Fascia transversalis aus entwickelt hatte.

Lühe (Demmin).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

// Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 26. **Sonnabend, den 30. Juni.** **1888.**

Bericht über den zweiten Kongress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Halle, 24.—26. Mai 1888.

Von

Dr. **Emil Lantos.**

(Schluss.)

Zweifel (Leipzig): Über Perineoplastik.

Bei kompleten Dammrissen verfährt Vortr. nach Lawson Tait folgendermaßen: Es werden zwei Finger in das Rectum eingeführt, die den ganzen Dammriss entfalten und in die Quere spannen; dadurch ist auch die Spalte, welche sonst ca. 2—4 cm weit in das Rectum hinaufgeschlitzt ist, aus einander gespannt. Nun kommt der erste Schnitt zur Vorzeichnung des Lappens; Lawson Tait befürwortet dazu eine kurze Knieschere, doch ist auch ein recht scharfes Messer tauglich. Der quergeführte Schnitt, welcher den Lappen vorzeichnen soll, beginnt in der Mitte des Rectumscheidenschlitzes. Er trennt das Septum zwischen Rectum und Scheide in der Mitte und verlängert den Schnitt auf dem Rand dieses Septum nach beiden Seiten gegen den Damm hinaus. Dieser horizontal verlaufende Schnitt endet an der Dammhaut an derjenigen Stelle, welche der neu zu bildenden Kommissur entspricht. Von der Mitte des Schlitzes aus divergirt diese obere Grenze des Lappens immer mehr von dem Verlauf des Septums, das natürlich zur Analöffnung herunterläuft. Es bleibt also der obere horizontale Schnitt zur Begrenzung des Lappens an der Haut, so weit von der Analöffnung entfernt, als der Damm verbreitert werden soll. Der so umschnittene Lappen wird unterminirt, damit er nach rückwärts als Dach über den Rectumdefekt gedeckt werden kann. An der äußeren Haut wird je nach Bedarf der Lappen noch durch einen senkrecht geführten Schnitt umklappbar gemacht. Der Lappen wird nach rückwärts umgeschlagen und mit einem scharfen Häkchen hinten festgehalten. Dann beginnt die Nahtlegung: Es werden nur 2 Scheidennähte und je nach Bedarf einige Dammnähte

gelegt. Die Scheidennähte laufen nicht senkrecht zum Wundrand, sondern umfassen die Wundflächen schief, d. h. die Einstich- und Ausstichöffnungen befinden sich relativ nahe am Scheideneingang, während die Fäden unter der gesammten Wunde herum mehrere Centimeter weiter in die Höhe reichen. Desswegen kommt man mit 2 Nähten aus; die 2. Scheidennaht kommt mit Ein- und Ausstichöffnung an die Stelle der neu zu bildenden hinteren Kommissur zu liegen. Es folgen noch einige Dammnähte und die Operation ist beendet. Um den in das Rectum umgeschlagenen Lappen braucht man sich nicht zu kümmern; Entspannungsschnitte und dgl. braucht man nicht. Nur muss für leichte Stuhlentleerung in den ersten Tagen gesorgt werden.

Die großen Vorzüge der Schnelligkeit und Sicherheit des Erfolges dieser Methode für kompleten Dammriss versuchte Z. auf den unvollkommenen Dammriss zu übertragen: Es werden wieder behufs Querspannung 2 Finger in das Rectum eingeführt. Nun schneidet man in der Mitte der hinteren Scheidenwand bezw. über die Narbe des Risses herunter durch die ganze Dicke der Scheidenschleimhaut, dann quer nach beiden Seiten an die Stelle der neu zu bildenden hinteren Kommissur. Es werden so 2 dreieckige Lappen umgrenzt, selbe mit Messerzügen unterminirt und nun die Höhlenwunde durch eine fortlaufende versenkte Katgutnaht oder durch ähnlich wie beim kompleten Dammriss gelegte Scheidennähte aus Seide oder Silkwormgut vereinigt. Dann wird nach Knotung der letzten Scheidennaht die hintere Kommissur nach vorn gespannt und es kommen noch so viel Nähte an den Damm, als zur Vereinigung nöthig sind.

Frank (Köln) sah stets gute Erfolge von Tait's Verfahren.

Sänger: Die erste von Zweifel geschilderte Methode sei nicht ganz identisch mit der früheren von Tait; die zweite sei die von A. R. Simpson, welche Tait vereinfacht und verbessert habe. Nach dieser von ihm beschriebenen neuen Simpson-Tait'schen Methode habe er jetzt 36mal operirt zu anhaltender Zufriedenheit.

Olshausen spricht für die Berechtigung der Tait'schen Operation; er bereitete den Lappen mit dem Messer und gebrauchte versenkte Katgutnähte.

Sänger (Leipzig): Über Blasenverletzung bei Laparotomien.

In solchen Fällen handelt es sich fast immer um atypische Verletzungen, welche die Blase bald an ihrem extra-, bald an ihrem intraperitonealen Abschnitt treffen.

S. erlebte kürzlich einen Fall von Blasenverletzung bei einer Laparotomie, wie er in dieser Eigenthümlichkeit und Schwere bisher noch nicht beschrieben worden ist und zu einer neuen Behandlungsmethode von Blasenverletzungen führte. Bei der Abtragung eines sehr großen Fibrosarcoma cysticum ovarii dextri mit ausgebreiteten, flächenhaften Adhäsionen (in Folge von Stieltorsion), wurde der dünne, ausgezogene, wahre Stiel für eine Adhäsion und die hoch emporgezogene, in Adhäsionen gebettete Blase für den Stiel gehalten. Dieser vermeintliche Stiel wurde mit der Bruns'schen Nadel und starker Seide in 3 Partien abgebunden und darüber abgeschnitten, wobei sich ergab, dass ein halbhandtellergroßes Stück Blase resecirt worden war.

Der Blasenstumpf wurde an den Ligaturseidenfäden in den unteren Winkel der Bauchwunde gezogen, das Peritoneum parietale von 2 Seiten her hinter ihm vernäht, so dass er völlig extraperitoneal gelagert war, dann wurde er durch einige, quer durch Peritoneum parietale und Stumpf durchgelegte Seidensuturen weiter befestigt, die 6 Seidenfäden durch die Öffnung eines, hinter dem vereinigten Peritoneum parietale eingeschobenen Glasdrain herausgeleitet, und die Haut auf dem Blasenstumpf aufgenäht. (Die Blasenschleimhaut hatte sich ganz nach unten zurückgezogen). In den ersten 2 Tagen 3stündlich Katheterisation, nachher 8 Tage lang Drainage der Blase, aus der starker Blutabgang erfolgte. Heilung ohne jeden Zwischenfall und ohne Fistelbildung. Seidenfäden einzeln nach mehreren Wochen herausgezogen.

S. empfiehlt sein Verfahren der extraperitonealen Versorgung des Blasenstumpfes mit sofortiger Hauttransplantation nicht nur für gleiche Fälle, sondern bei der Unsicherheit der primären Blasennaht, welche nach Rydygier nur in 1/3

der Fälle gelang, in modificirter Weise, wie es Vortr. als intraperitoneale Abkapselung des Stumpfes bei der Amputatio uteri myomatosi beschrieben hat, auch dann, wenn die Blase intraperitoneal verletzt und genäht wurde.

Vortr. schildert dann einen Fall von Urachusbauchfistel, die sich 8 Tage nach einer Laparotomie dadurch ausbildete, dass der Urachus, dessen Durchgängigkeit nicht zu vermuthen war, in eine Bauchwandsutur gefasst und durch Drucknekrose eröffnet wurde. Schluss der Fistel durch die Naht wurde in Folge eingetretener Schwangerschaft hinausgeschoben. S. empfiehlt daher bei Antreffen eines Urachusstieles seitlich von demselben einzuschneiden und die Peritonealnähte nach außen von ihm durchzulegen.

Leopold erlebte bei einer Myomotomie eine Blasenverletzung: die Kuppel der Blase wurde in den Schlauch mitgefasst und abgetragen. Der Verschluss geschah mit sero-seroso-Nähten. Der Defekt heilte reaktionslos.

Über Placenta praevia mit Demonstration von Präparaten sprachen Ahlfeld (Marburg) und Hofmeier (Gießen).

Ahlfeld demonstrirt ein seltenes Präparat von Placenta praevia: es ist dies ein in Müller'scher Flüssigkeit gehärteter Durchschnitt eines die natürlichen Verhältnisse darstellenden Uterus mit Placenta praevia, gewonnen von einer Rhachitica, die kurz nach einer profusen Blutung, wobei keine Kunsthilfe in Anwendung kam, starb. Die Placenta sitzt tief unten, etwas seitlich vom inneren Muttermunde, über welchen sich eine von degenerirten Zotten bekleidete Deciduaschicht befindet; knapp daran ist ein 1 cm langer, mit einem größeren Gefäßsinus kommunicirender Riss zu sehen, von wo die deletäre Blutung stammte. Für die Ätiologie der Plac. praevia hält A. sehr wichtig den Befund, den er übrigens unter 9 derartigen Fällen 7mal fand (seit dem exspektativen Verhalten in der Nachgeburtszeit), dass der Placentarrand in der Gegend des inneren Muttermundes der Unterlage fest adhärirte.

Hofmeier demonstrirt einen gehärteten und in seiner vorderen Wand eröffneten Uterus aus dem 5. Schwangerschaftsmonat, der sehr viel Interessantes bot: Von Eihäuten nicht getrennte Zwillinge, die von Blut umgeben waren (H. nimmt an, dass die Eihäute zwischen den Föten durch das ausgetretene Blut platzten und sich zurückzogen); eine zusammengeschmolzene Placenta praevia. Nach Entfernung des Blutes fand Vortragender die Höhle von einer stark entwickelten Deciduaschicht ausgekleidet. Da sich schon in mehreren Fällen von Plac. praevia eine stark entwickelte, blutreiche Decidua reflexa nachweisen ließ, ist H. geneigt, anzunehmen, dass Plac. praevia zu Stande käme, wenn sich die Placenta an der Reflexa inserire.

Dohrn bestätigt die Annahme Ahlfeld's, nach welcher der Placentarrand mit der Unterlage fester verbunden ist. Die Form der Placenta bei tiefem Sitz ist eine ungewöhnlich flache und kahle, von Zotten nicht bedeckte Stellen aufweisende. Das Ei wäre, wenn es in den Uterus kommt, gänzlich mit Zotten umgeben. Schließlich bemerkt D. noch, dass Plac. praevia ein häufiger Grund des Abort und der Frühgeburt sei.

Kaltenbach bestätigt die Bemerkung Dohrn's, dass bei tiefem Sitz der Placenta Aborte häufig vorkommen.

Ahlfeld theilt nicht die Ansicht Hofmeier's über Entstehung der Plac. praevia. In den ersten Monaten liegt die Placenta gewöhnlich so tief, dass sie ein weniger Erfahrener für eine Plac. praevia lateralis halten würde. Auf die Aborte müsste ein größeres Augenmerk gerichtet werden.

Winckel hatte Gelegenheit, in der letzten Zeit ein 14tägiges Ei mit Decidua vera und reflexa zu sehen, und überzeugte sich, dass das Ei bei seinem Eintritt in den Uterus mit Zotten versehen ist. Plac. praevia würde entstehen, wenn die Allantois über die Stelle hinwegragt, wo das Eichen sitzt.

Schultze (Jena): Kurze Mittheilung über Pessarien.

Zur erfolgreichen Pessarbehandlung trägt wesentlich das anzuwendende Pessar bei; die Anforderungen, die an ein gutes Vaginalpessar gestellt werden, sind folgende:

glattes, unschädliches Material, Leichtigkeit und den persönlichen Anforderungen angepasste Gestalt. Am meisten entsprechen dem Zwecke das Schultze'sche 8-Pessar, außerdem das von Hodge und Thomas. Seit einigen Wochen gebraucht S. aus Celluloid bereitete Pessaren (englisches Fabrikat): sie sind glatt, geschmeidig, widerstehen lange Zeit Katarrhsekreten und reizen nicht; in siedendem Wasser sind sie formbar, wesshalb auch S. den Celluloidringen verschiedenen Durchmessers nur vor der Applikation die gewünschte Gestalt giebt. Praktischen Ärzten empfiehlt er Celluloiddrahtringe, die, ohne erst in siedendes Wasser gelegt zu werden, biegsam sind.

Ruge (Berlin): Über Adenom des Uterus; die benignen und malignen Formen desselben.

Bei der Endometritis glandularis hypertrophica ist die Schleimhaut verdickt; die Ausbuchtung geschieht durch Wucherung der Zellen; bei der Endometr. gland. hyperplastica wird die Schleimhaut in Folge neuer Drüsenbildung verdickt; bei der dritten Form der Wucherung dringen die Drüsen in die Muskulatur ein. Die ausgebuchteten Drüsen können hervorspringen, papilläre Exkrescenzen bilden. Die hyperplastische glanduläre Endometritis wird von den Gynäkologen Adenoma diffusum, die Polypen aber Adenoma circumscriptum genannt; der Name ist unglücklich gewählt, weil damit eine Neubildung gemeint ist und desshalb zur Operation geschritten wird, während man bei der hypertrophischen Form der Endometritis nur wegen den Symptomen, nicht aber der Krankheit halber operirt. Das Adenoma malignum deckt sich in klinischer und anatomischer Beziehung mit Carcinom.

R. stellt den Antrag, die sogenannten benignen Formen des Adenoms, also auch die Polypen, da dies keine Neubildungen sind, Endometritis glandularis hyperplastica, die maligne Form aber einfach Carcinom zu nennen.

Winter betont, dass der Mikroskopie eine größere Wichtigkeit in den gynäkologischen Diagnosen eingeräumt werden soll.

Ahlfeld (Marburg): Über bisher noch nicht beschriebene intrauterine Bewegungen des Kindes.

Die Versuche, die Herzschwingungen, wie auch die Schlingbewegungen des Kindes mittels eines auf die Bauchdecken gelegten Marey'schen Apparates graphisch aufzuzeichnen, gelangen A. nicht, fand aber bei diesen Experimenten neben unregelmäßigen Kurven (die auch von der Mutter gefühlten Bewegungen des Kindes) 42—84 regelmäßige Kurven in der Minute. Einmal aufmerksam gemacht auf diese Erscheinung, konnte er diese regelmäßigen Bewegungen des Kindes mit freiem Auge recht deutlich sehen. Der Frequenz nach konnten dies Saug- oder Athembewegungen sein; um sich Gewissheit zu verschaffen, setzte er den Marey'schen Apparat auf den Bauch nahe zum Nabel Neugeborener und fand die gewonnenen Kurven von großer Regelmäßigkeit. Nach alledem hält K. diese Erscheinung für Athembewegungen (Bewegungen des Diaphragma) und neigt sich der Ansicht zu, dass das Kind schon intra-uterin regelmäßige, von der Mutter nicht wahrnehmbare Athembewegungen macht, die sich den vielen anderen schon im intra-uterinen Leben geübten Bewegungen anreihen. Bei diesen Bewegungen kann ein kleiner Theil des Fruchtwassers in die Trachea kommen, weiter aber nicht.

Wiener hält es für unwahrscheinlich, dass dies Respirationsbewegungen wären, denn es ließe sich kaum denken, dass dann Fruchtwasser nicht in die Lunge käme.

Ziegenspeck (München) erwähnt, dass ähnliche Bewegungen schon Preyer 1881 an Fröschen und Insekten demonstrirte.

Ahlfeld räumt zum Schluss noch die Möglichkeit ein, dass die gewonnenen Kurven vielleicht von Kontraktionen des Amnion bedingt sein könnten.

Leopold (Dresden): Zur Behandlung der Uterusruptur.

Unter den in den letzten 5 Jahren an der Dresdener Frauenklinik zur Beobachtung gekommenen 6100 Geburten waren 5 mit Uterusruptur komplicirt. In einem Falle handelte es sich nur um eine inkomplete, von der L. bei dieser Ge-

legenheit ganz absehen will, in 4 Fällen aber um komplete Ruptur. Im 1. Falle handelte es sich um eine Querlage mit langer Geburtsthätigkeit; Kindskopf war rechts ausgetreten. Die Frau starb kurz nach der unten zu schildernden Kunsthilfe unter Collapserscheinungen. Sektion ergab, dass der Riss in der vorderen Wand des Uterus saß und in das Ligamentum latum sich fortsetzte; Blase und Rectum waren vollständig abgelöst; Uterus ganz frei pendelnd. Nachdem L. in diesem Falle die Geburt durch die Exenteration beendigte, machte er Ausspülungen und tamponirte die Höhle mit Jodoformgaze. Er gewann bei dieser Gelegenheit den Eindruck, dass es besser gewesen wäre, die Rissstellen frei zu machen und zu drainiren. Fall 2: Bei einer Steißlage wurden wiederholt Entbindungsversuche angestellt; komplete Uterusruptur: der Riss saß rechts vorn und erstreckte sich ins Lig. latum; Blase vollkommen abgelöst; Placenta musste durch den Riss herausgeholt werden. L. brachte nun den Uterus in Anteflexion, zog die obere Rissstelle mit einem Haken herunter, machte eine Ausspülung, tamponirte die Risswunde und die Scheide mit Jodoformgaze und legte einen Druckverband an. Nach 12 Tagen wurde der Jodoformstreifen gewechselt. Heilung. Fall 3: Hydrocephalie; Zange. Der Riss saß auch vorn; Blase war abgelöst. Ähnliches Verfahren, wie im Fall 2. Die Frau starb nach einigen Tagen in Folge von Verblutung aus einem runden Magengeschwür. Die stattgehabte Sektion erwies, dass die Verklebung der Serosalappen eine innige war. Fall 4: Bei einer Kaiserschnittkandidatin erfolgte der komplete Riss ohne jede Zuthat; die Wehen sistirten mit einem Schlag. Die Verletzung war die allerschwerste; die rechtsseitige Wandung war ganz abgelöst; das als todt zu betrachtende Kind war in die Bauchhöhle ausgetreten. Laparotomie: die Placenta musste aus der Bauchhöhle entfernt werden; es blutete ununterbrochen aus der Art. uterina; nachdem der Uterus hinuntergedrückt wurde, um die Wundflächen näher zu bringen und die Blutung gestillt wurde, drängte L. einen Jodoformstrang durch die Bauchhöhle in die Scheide. Die Bauchhöhle wurde bis auf die Ausbreitung der Jodoformgaze ganz vernäht. Fieberlose Heilung; Jodoformstrang wurde im Laufe der 3. Woche entfernt.

Aus diesen angegebenen Fällen kommt L. zu folgender Schlussfolgerung: 1) Wenn das Kind in die Bauchhöhle ausgetreten ist, oder wenn bedenklicher Zustand der Frau, Blutungen, große Verletzungen etc. vorhanden sind, soll zur Laparotomie geschritten werden. 2) Die Risse an der vorderen Wand des Uterus scheinen nicht so selten zu sein.

Battlehner (Karlsruhe) wirft die Frage auf, wie man sich zu verhalten hat, wenn nach geheilter Ruptur neuerdings Schwangerschaft eintritt. Er weiß wohl, dass Hegar den Kaiserschnitt empfahl; trotzdem entschloss er sich in einem eben geschilderten Fall zur künstlichen Frühgeburt und war mit dem Ergebnis sehr zufrieden.

Schultze (Jena): Demonstration von Präparaten.

1) Eine zusammengeschmolzene Placenta mit zwei Nabelschnüren; die eine führte zu einem ausgetragenen Kind, welches 6 Stunden nach der Geburt starb, die andere aber zu einem Ischiopagus (gemeinsamer Nabel, ein Anus, sonst 2 Köpfe und Rümpfe und 4 Füße). Die Extraktion dieses Monstrums (Fußlage) gelang ohne Schwierigkeit. Das eine Kind lebte 41, das andere 48 Stunden.

2) Einem reifen Kinde angehörige Placenta marginata, an welcher mit Chorionzotten zusammengewebt ein ziemlich großes Eichen liegt. Die Größe desselben entspricht der der 6. Woche, doch lässt sich das Alter dieses Embryo laut Länge der Nabelschnur und Größe der Placenta auf 4 Monate stellen. Es ist dies also ein seltenes Beispiel von verschiedener Entwicklung von Zwillingen und guter Konservirung des einen Embryo, nicht aber von Suberfecundation.

3) Das Präparat einer ausgetragenen Tubo-uterin-Schwangerschaft; es wurde an der moribunden eklamptischen Frau die Sectio caesarea gemacht.

Breisky sah auch einmal an einer Placenta vom 5. Schwangerschaftsmonate ein Eichen aus der 6. Woche; außerdem kennt er aus der älteren Litteratur ähnliche Fälle.

Frank sah einen Tag vor seiner Abreise einen ähnlichen Fall von Missbildung, wie ihn Schultze beschrieb.

Slawjansky (Petersburg) erlebte auch zwei Fälle von ausgetragener Tubouterin-Schwangerschaft und schritt beide Mal nach dem Tod der Mutter zur Sectio caesarea.

Kaltenbach zeigt aus der Sammlung der Klinik einen ca. aus dem 6. Schwangerschaftsmonate stammenden Ischiopagus.

Schuchardt (Halle a/S.): Über Sarkom der Scheide beim Kinde mit Demonstration.

Sieben derartige Fälle sind bisher beschrieben (Ahlfeld, Sänger, Babes, Demmel, Soltmann Hauser, Steinthal); die Mädchen standen im 2.—5. Lebensjahre, nur einmal war die Geschwulst, die sich meist als traubenknollenartige Erhabenheiten repräsentirte, angeboren. Der Verlauf war in allen Fällen ein sehr maligner. S. theilt 2 neuere Fälle mit, die in der Volkmann'schen Klinik zur Beobachtung bezw. Operation kamen; der eine — ein 7jähriges Mädchen — starb 2 Monate nach der Operation an Recidiv. Der zweite Fall betrifft das vorgestellte Mädchen, welches gegenwärtig 5 Jahre alt ist: Im Frühjahre 1885 erkrankte sie; bohnenartige Geschwülste kamen aus der Scheide beim Husten hervor; im September desselben Jahres wurde die Geschwulst und ein 10pfennigstückgroßes Stück der Vaginalwand excidirt. Nach $6^1/_2$ Monaten trat als örtliches Recidiv eine walnussgroße Geschwulst auf, die mit der Hälfte der hinteren Scheidenwand excidirt wurde; der Rest der Scheidenwand wurde hinuntergezogen und an der Übergangsstelle in den Damm befestigt. Heilung per primam; Mädchen befindet sich seit der Zeit sehr wohl. Beide excidirten Tumoren hatten papilläre Beschaffenheit und erwiesen sich mikroskopisch als rundzellige Sarkome. S. erblickt in der Papillarwucherung, die die Schleimhaut in der Umgebung der Geschwulst zeigte, die Disposition zu diesen Sarkomen.

Olshausen (Berlin): Über Geburtsmechanismus bei Schädellagen.

O. hält die Drehung des Kopfes wesentlich durch die Drehung des Rückens verursacht; in der Austreibungsperiode liegt der sonst seitlich stehende Rücken schon vorn, nahe in der Mittellinie. Die Thatsache, dass Hängebauch die Vorderhauptlagen begünstige, so auch, dass bei Kyphotischen öfters Vorderhauptlage konstatirt wird, lässt sich nur nach seiner Annahme erklären. Bei Gesichtslagen ist die Drehung nach vorn nach gewöhnlichem Mechanismus ganz unerklärlich. Vor Kurzem erschien in der Volkmann'schen Sammlung von Sutugin eine Abhandlung, in welcher er auch auf ähnliche Weise den Rumpf berücksichtigt. Auf die Frage: »warum dreht sich der Rumpf nach vorn?« glaubt O. folgendermaßen antworten zu können: 1) Wegen Abplattung des Uterus nach Abfluss des Fruchtwassers. 2) Wegen Verminderung der Lateralversion und -torsion während der Verkleinerung des Uterus.

Lahs meint, dass die Beweglichkeit zwischen Rumpf und Kopf zu groß ist, als dass der eine den anderen beeinflussen könnte; bei der Erörterung des Geburtsmechanismus muss in erster Reihe die treibende Kraft berücksichtigt werden.

Olshausen hebt hervor, dass er nur von der Drehung, wo das Hinterhaupt von der Achsenwirkung nach vorn gebracht wird, sprach, nicht aber von der Druckrichtung.

Pott (Halle a/S.): Zur Ätiologie der Vulvovaginitis im Kindesalter.

In den letzten 12 Jahren behandelte P. 18047 Kinder, darunter 8481 Mädchen. Vulvovaginitis sah er 86mal: bis zum 5. Lebensjahre 56mal, vom 5.—10. 23mal und endlich vom 10.—15. 7mal; am häufigsten vom 2.—4. Jahre. Das Leiden wurde auf lokale und konstitutionelle Ursachen zurückgeführt. Es handelt sich nach P. um eine specifische, übertragbare Krankheit (Tripperinfektion). Cseri und Israel fanden Gonokokken in dem Sekret. Die Ätiologie dieser Krankheit ist keinesfalls aufgeklärt: Stuprum war sehr selten die Ursache und auch nur dann, wenn der

Stuprator an Tripper litt. Die Infektion kommt sehr selten während der Geburt zu Stande.

P. ist der Meinung, dass, in Anbetracht genommen, dass am häufigsten Kinder ärmeren Standes im Alter von 2—4 Jahren an dieser Krankheit leiden, die bekanntlich oft mit ihren Eltern, die ev. tripperkrank sind, in einem Bette schlafen, die Krankheitsform durch direkte Berührung der Vaginalschleimhaut mit der inficirten Bettwäsche entstände. Bei Knaben käme sie daher seltener vor, weil die Schleimhautfläche nicht so frei liegt, obzwar selbe häufig genug an Balano-posthitis leiden. P. dachte früher daran, dass die Vulvovaginitis ein Symptom der Syphilis sei, doch sah er Syphilis heilen bei weiterem Bestand derselben.

Prochownik (Hamburg) stimmt P. bei, in 21 dergleichen Fällen fand er 17mal Gonokokken; die Eltern der betreffenden Kinder litten nicht selten an Urethritis.

Sänger glaubt, dass Familienepidemien nicht selten sind, er kennt einen Fall, wo Eltern, jüngstes und ein dreijähriges Kind Gonorrhoe hatten.

Keil (Halle a/S.): Über zweizeitige Eröffnung cystischer Abdominaltumoren.

Dieses Verfahren wurde zuerst von Volkmann angewendet; Hegar empfahl es bei Behandlung von Pyosalpinx. K. erörtert die Gefahren, mit denen die Exstirpation solcher Tubensäcke einhergehen: die Abtragung wird nicht selten durch Adhäsionen erschwert, Ruptur des Sackes und Ausfließen der eitrigen Flüssigkeit in die Bauchhöhle erfolgt dabei häufig genug, was mitunter recht gefährlich werden kann, die Blutungen in der Tiefe des Beckens sind schwer zu bekämpfen. Von 31 Pyosalpinxtumoren, die Gusserow entfernen wollte, rupturirten allein 18. Die zweizeitige Eröffnung solcher Tumoren schließt die angeführten Gefahren aus. Kleine Tumoren sind dieser Methode unzugänglich. Über die dauernden Erfolge der zweizeitigen Operation sind noch wenig Erfahrungen gesammelt; allenfalls werden durch Erschlaffung des Tumors die Druckerscheinungen gemildert. Kaltenbach operirte zweimal mit Erfolg nach dieser Methode. Eine 46jährige IIIpara hatte schon längere Zeit Schmerzen linkerseits im Unterleib; linkes Scheidengewölbe durch einen cystischen Tumor (Hydrosalpinx) heruntergedrückt: ein über dem linken Ligamentum Poupartii parallel verlaufender Schnitt lässt den Tumor sichtbar werden, dessen Wand an die Bauchwunde fixirt wurde; nach Ausstopfen der Incisionswunde mit Jodoformgaze, Verband. Nach 8 Tagen wurde der Verband entfernt, wobei sich erwies, dass der Tumor mit den Bauchdecken verwuchs; Incision der Geschwulst und Entfernung der Flüssigkeit, in die Höhle ward ein Drainrohr gesteckt; Verband. Nach 3—4 Wochen schloss sich die Wunde.

In einem zweiten Falle wurde die zweizeitige Operation bei einer Milzcyste ausgeführt.

Werth trägt Bedenken bei Pyosalpinx die Tubenwandungen zurückzulassen, da oft Tuberkulose derselben bestehen kann und somit eben das Grundübel nicht entfernt wird.

Dührssen bemerkt, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle von Pyosalpinx, die Gusserow operirte, um kleine, den zweizeitigen Schnitt unzugängliche Tumoren handelte. Er empfiehlt die radikale Entfernung des Sackes, schon wegen der perimetrischen Attacken.

Wiedow hält in schwierigen Fällen die zweizeitige Operation für berechtigt; Tubentuberkulose lässt sich bei der bimanuellen Untersuchung genau feststellen.

Skutsch hält die Knötchen an den Tuben für kein sicheres Zeichen der Tuberkulose.

Kaltenbach weiß den Nutzen der Exstirpation zu würdigen, und greift nur exceptionell dort, wo die Diagnose nicht ganz sicher gestellt werden kann, zu dem milderen Verfahren, zur zweizeitigen Operation.

Keil meint, dass man bei Tuberkulose den Sack tüchtig ausspülen oder mit Jodinjektionen behandeln könnte.

Frommel (Erlangen): Zur Entwicklung der Placenta.

Die Entwicklung der Placenta wurde von Beginn an noch nicht verfolgt. Vortr. untersuchte die Bildung der Placenta bei Fledermäusen. Wenn das befruchtete Ei in die Uterushöhle gelangt, tritt eine Verwachsung zwischen Blastoderm und Uterusepithel ein, wobei letzteres zu Grunde geht. Das Ei bildet eine Art Krypte in der Uterusinnenfläche; was sich oben in der Krypte entwickelt, ist Placenta. Nach der Verwachsung des Eies mit der Uterusinnenfläche bildet sich ein Protoplasmalager und in diesem in den verschiedensten Stadien befindliche Kerne; die oberste Schicht der Zellen wuchert stark und in diese »Decidualschicht« wachsen die Chorionzotten hinein. Dicht unter der Verwachsung entwickeln sich kranzförmig spaltartige Gefäße: arterielles mütterliches Blutgebiet. (Am nicht schwangeren Uterus bestehen diese Gefäße meistens als Kapillaren.) Die Drüsen der Uteruswand gehen nun im ganzen Bereich der Placenta zu Grunde. Von Seiten des Chorionepithels geht eine Wucherung in die Tiefe aus, wohin das Endochorion, welches sich aus der äußeren Schicht der Allantois bildet, wächst; die kranzförmigen Gefäße führen das Blut dorthin: mütterliches und kindliches Blut kommen in innige Berührung. Schließlich bildet sich nach außen ein gewaltiger Blutraum; diese Lakune (Frommel) ist nicht persistent, es bildet sich daraus ein schwammiger Theil, in welchem sich dann wahrscheinlich die Placenta löst.

Leopold: bei der ersten Entstehung der Placenta ist schon das außerordentlich verdickte oberflächliche Kapillarnetz wahrzunehmen; die Chorionzotten arbeiten sich in die Kapillargefäße.

Ahlfeld erwähnt, dass schon Lieberkühn diese Gefäßschicht demonstrirte und frägt Vortr., wie lange es dauert, bis sich die Delle bildet.

Frommel erwiedert, dass sich die Delle in sehr früher Zeit bildet.

Wiener theilt mit, dass die Befunde Leopold's demnächst durch eine Arbeit eines Breslauer Arztes (Heinz) bestätigt werden.

Döderlein (Leipzig): Über inneres Erysipelrecidiv nach monatelanger Latenz in Folge einer Frühgeburt.

Erst in neuester Zeit sind gewichtige Stimmen für die Möglichkeit der Selbstinfektion eingetreten, die entweder durch Infektion mit pathogenen Bakterien oder als Infektion der Uterushöhle aufzufassen ist. Die Keime sind entweder schon vor der Geburt dagewesen oder aber bei der Geburt hingelangt; letztere Möglichkeit ist seltener. Die Scheide enthält stets Keime verschiedenster Art (nach Winter häufig Staphylokokken); in diesen Keimen ist die Quelle der Selbstinfektion, die besser Kontaktinfektion (von außen) genannt werden sollte, zu suchen. In jedem Falle sollte daher die peinlichste Desinfektion der Scheide vorgenommen werden.

Nach dieser kleinen Einleitung geht D. auf die Schilderung eines sehr interessanten Falles über: Im December v. J. suchte eine 37jährige Frau die Leipziger Poliklinik auf mit der Angabe, dass sie schon 14 Tage blute. Die Anamnese ergab, dass die Frau im April v. J. im schwangeren Zustand von der Wunde eines Fingers ausgehend Erysipel der Haut hatte, kurz darauf abortirte und eine Lungen- und Brustfellentzündung durchzumachen hatte. Die vorgenommene Untersuchung konstatirte Schwangerschaft im 6. Monat; der Abgang massenhaften Blutes indicirte die Einleitung der künstlichen Frühgeburt, die auch mit Berücksichtigung der antiseptischen Kautelen mit Erfolg ausgeführt wurde. Vor der Geburt war Pat. fieberfrei; gleich nach der Geburt stellte sich Fieber ein, welches bis zu dem am 15. Tage nach der Frühgeburt eingetretenen Tode die Frau nicht mehr verließ. Die bakteriologische Untersuchung der Lochien ergab Streptococcus erysipelatis Fehleisen. Endo- oder Perimetritis ließ sich nicht nachweisen; doch waren die Gelenke bis zwei Tage vor dem Tode geschwollen und schmerzhaft. Die Autopsie bestätigte jedes Fehlen von septischen Erscheinungen sowohl im Uterus, als in den Ovarien und Peritoneum, ergab aber eine frische Leptomeningitis und ließen sich sowohl in diesem pathologischen Gebilde als in den Gelenken die Erysipelstreptokokken nachweisen. Zweifelsohne handelte es sich in diesem Falle um ein seit dem letzten Abort latent bestandenes inneres Erysipel, welches durch die Frühgeburt zum Ausbruch gekommen war.

Baumgärtner (Baden-Baden): Zur Operation des Cervixcarcinoms.

B. machte 4mal die vaginale Totalexstirpation; eine dieser Operirten ist seither — 3 Jahre — recidivfrei. Von der hohen Collumexcision besitzt er betreffs des Recidives keine günstigen Erfahrungen. In letzter Zeit nahm er in Fällen von blutenden und fötides Sekret secernirenden Cervixcarcinomen, wo von einer radikalen Operation nicht mehr die Rede sein konnte, die Unterbindung beider Art. uterinae vor. Die Blutung, wie auch der jauchende Ausfluss hörten auf, in einem Falle sah er sogar die Rückbildung (Verfettung und Resorption) des Carcinoms. B. empfiehlt in trostlosen Fällen von Cervixcarcinomen seine Methode zu versuchen.

Lantos (Budapest): Demonstration des Kézmárszky'schen Beinkleides zur Stütze des Unterleibes.

Zur Stütze des Unterleibes bei großen Bauchgeschwülsten, bei insufficienten Bauchdecken, nach Laparotomien stehen ausgebreitet Gürtelbinden im Gebrauch, von deren nachtheiliger Wirkung sich gewiss schon so Mancher überzeugte. Die schwerfällige Applikation des Gürtels, das Verschieben desselben nach aufwärts in Folge Ausdehnung der häufig genug einschneidenden Schenkelriemen, das häufige Auftreten von Hernien nach Laparotomie bei seiner Anwendung bestimmten Herrn Prof. v. Kézmárszky, eine die genannten Unannehmlichkeiten ausschließende, zweckmäßige und einfache Bauchstütze, ein kurzes Beinkleid zu konstruiren, dessen Beschreibung im vorigen Jahrgange des Centralblattes für Gynäkologie (1887 No. 7) gegeben wurde und die ich Ihnen an einer an der Klinik des Herrn Prof. Kaltenbach ovariotomirten Frau zu demonstriren hiermit die Ehre habe.

Es folgt nun die Beschreibung des Beinkleides, wie diese wesentlich in der ersten Publikation (l. c.) gegeben wurde, mit der Modifikation, dass die Knopfreihe nicht in der Medianlinie, sondern rechterseits angebracht wird. Das Beinkleid wird seit November 1886 in der I. geburtshilflich-gynäkologischen Universitätsklinik zu Budapest bei genannten Übeln mit bestem Erfolge in Anwendung gebracht; den Frauen wird das Tragen desselben nicht lästig und sie versuchen auch nicht, wie dies beim Tragen der Gürtelbinden so häufig der Fall ist, das Beinkleid abzulegen. Die Beinkleider werden von der Firma Altrichter in Budapest verfertigt.

Bumm (Würzburg): Erfahrungen über Achsenzugzange.

B. hat die Tarnier'sche Zange in mehr als 100 Fällen angewendet und sie für sehr gut gefunden. Am besten sind jene Zangen, wo der Achsenzug losgelöst werden kann; die Desinfektion geschieht sehr leicht, da die Achse erst angewendet wird, nachdem die Zange schon auf den Kopf angelegt ist. Man erspart bei ihrer Anwendung rohe Gewalt anzuwenden, braucht sich nicht anzustemmen: also Kraftersparnis. Ein anderer Vortheil ist die freie Beweglichkeit der an den Kopf angelegten Zange; bei den gewöhnlichen Zangen kommt der Mechanismus im Verhältnis zum betreffenden Becken nicht zur Geltung, während bei der Tarnier'schen Zange der Kopf mitsammt dem Zangenkörper eine große Freiheit der Beweglichkeit erhält. B. sieht den Grund der seltenen Anwendung der Achsenzugzange darin, dass man von ihr zu viel verlangt; sie kann das Passiren durch das enge Becken nicht leichter, den Kopf nicht kleiner machen.

Nieberding modificirte die Tarnier'sche Zange dahin, dass er ihr — statt dem ursprünglichen französischen Schloss — das Brünninghausen'sche gab; die Kompression des Kopfes wird dadurch nicht stärker, besitzt aber den Vortheil, dass es die Zange nicht abgleiten lässt und desshalb um so mehr gestattet, den betreffenden Mechanismus ausbilden zu lassen.

Sänger spricht sich für die Anwendung der Achsenzugzange aus; der angenehme Zug ist vom guten Griff des Trakteurs bedingt.

Dührssen ist der Ansicht, dass die Schwierigkeit der Extraktion mit der Nägele'schen Zange nicht nur durch Beckenenge, sondern oft genug durch die

Rigidität des Muttermundes und der Scheide bedingt sei; einige Incisionen im letzteren Falle genügen, um die Zangenextraktion leicht ausführbar zu machen.

Winckel steht auf dem Standpunkte Sänger's, hält die Breuss'sche Zange zweckmäßiger; er hält die Tarnier'sche für zu schwer.

Bumm ist noch immer nicht überzeugt, dass die Breuss'sche Zange eine Achsenzugzange wäre, am allerwenigsten bei ihrer Applikation auf hochstehenden Kopf.

Eckart (Halle a/S.): Über das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio.

Unter obiger Aufschrift erschien im Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII, Hft. 2 von Dr. Karl Abel eine Arbeit aus Landau's Privatklinik, in welcher er in 7 Fällen von Totalexstirpation des Uterus wegen Portiocarcinom die Uterusschleimhaut sarkomatös entartet fand. E. untersuchte die Schleimhaut von 10 von Kaltenbach exstirpirter Uteri, konnte aber nur einfache Hyperplasie konstatiren; auffallend war allerdings die Drüsenwucherung (Endometritis glandularis), außerdem die papilläre Wucherung in die Drüsenhöhlen. E. ist der Ansicht, dass bei Portiocarcinom die Corpusschleimhaut schwere Veränderungen erleidet, die aber nur die Bedeutung eines chronisch entzündlichen Zustandes des Drüsenapparates, nicht aber die eines Sarkoms hätten. Die Blutung bei Cervixcarcinom würde nach E. nur theilweise aus der Neubildung stammen; ein Theil verdankt gewiss seinen Ursprung der veränderten Corpusschleimhaut. Zum Schluss erwähnt E. noch, dass er unter den 10 Fällen von Cervixcarcinom im Uteruskörper 3mal kleine Myome fand.

Wiedow (Freiburg i/Br.): Über Erschlaffung des Bauchfells.

Die Affektion lässt sich in 2 Klassen theilen:

1) Bei armen, schwächlichen, viel arbeitenden Frauen kommt meistens die Erschlaffung des ganzen Beckenbauchfells und der Bauchwände zu Stande. Sie klagen über Spannung in der Magengegend, Zerrungsbeschwerden, Vorfallerscheinungen, Verdauungsstörungen; die Menstruation ist profus, die Intervalle kurz; Ausfluss; der Uterus ist oft vergrößert und verdickt in Retroversion oder -Flexion. Bei chlorotischen Nulliparen, die viel arbeiten, findet man oft ähnliche Erscheinungen.

2) Die Veränderungen betreffen das Becken-Bauchfell und den Beckenboden; sobald der Beckenboden insufficient wird, muss das Peritoneum den intraperitonealen Druck tragen, was sekundär seine Erschlaffung herbeibringt. Der intraabdominelle oder vaginale Druck wird in normalem Zustande vom Scheidenschluss kompensirt; dies hört bei Dammriss auf: der Scheidenschluss kommt höher zu liegen und wird unter dem Einflusse des intraabdominellen Druckes endlich gesprengt, der Uterus tritt tiefer in retrovertirte, anteponirte Lage.

Schwarz stellt an W. die Frage, ob er den vaginalen Druck mit einem Manometer messe? Wiedow: Ja.

Winter (Berlin) zeigt die Abbildungen zweier Medianschnitte (Gefrierpräparate) des ganzen Rumpfes bezw. des Beckens und Uterus, die er von Leichen zweier an Eklampsie verstorbener Gebärender gewann.

Tafel I: Die Verdünnung des unteren Uterinsegmentes ist beträchtlich, Kontraktionsring nicht sichtbar. Die untere von Eihäuten nicht bedeckte Uteruspartie zeigt Decidualkontraktion. Die hintere Lippe ist aufgerollt, die vordere noch nicht. Nebst der Anteflexion lässt sich eine spitzwinklige Knickung des Cervix konstatiren. Die Placenta sitzt tief; der Kopf ist in das Becken eingetreten und drückt die Placenta; die Gefäße sind ziemlich blutleer.

Tafel II: 27jährige Ipara 8 Wochen vor dem Termin von Eklampsie befallen Wehen wurden konstatirt. Am Präparat bezw. Abbildung ist zweizeitiger Blasensprung ersichtlich; außerdem vorzeitige Placentaablösung mit einem beinahe central gelegenen typischen retroplacentaren Hämatom.

Fehling (Basel): Über Kastration bei Osteomalacie.

In der Baseler Gegend sind die Fälle von Osteomalacie relativ häufig genug. Die mit Bunge vorgenommene Harnuntersuchung konnte eine geringe (einige Milligramm) Verminderung der Kalk- und Phosphorsäure nachweisen, doch will F. aus diesem Befund keine Schlussfolgerungen ziehen.

F. fand in der Litteratur 12 Fälle von Osteomalacie erwähnt, in welchen der Kaiserschnitt gemacht wurde, mit nur 2 Heilungen (Winckel, Reuss); während von den 44 nach Porro's Verfahren Operirten 17 erlagen, 3 an Begleiterkrankungen (Phthise) zu Grunde gingen, 24 aber genasen; die Genesung trat, laut Erkundigungen mittels Fragebogens, spätestens in $^1/_4$—$^1/_2$ Jahr ein, die Menstruation ist früher oder später gänzlich geschwunden. (Nach 31 von Daufour gesammelten Porrofällen soll die Menstruation noch mehr oder minder aufgetreten sein; im Falle von Braun hatte die Frau nachher regelmäßige Menses). F. operirte nach Porro in 4 Fällen mit sehr gutem Resultat; die Frauen sind gesund, über ihre Geschlechtsfähigkeit konnte er nichts erfahren, Coitus ist wegen schwerer Beweglichkeit der Beine sehr erschwert; die Arbeit geht aber sehr gut von statten. Diese Erfolge legten F. den Gedanken nahe, statt des Kaiserschnittes die Kastration zu machen: 1) Vor $1^1/_2$ Jahren (im Januar 1887) kastrirte er in Stuttgart eine IVpara: guter Verlauf der Operation; nach 6 Wochen machte sie Gehversuche und jetzt verdient sie sich als Wäscherin ihr Brot; Menses nie wieder eingetreten. 2) In die Baseler Klinik wurde eine seit einem $^1/_4$ Jahre bettlägerige VIIIpara aufgenommen, die sich kaum mehr bewegen konnte. Kastration: die Varicosität der Adnexa war sehr auffallend: an den Ovarien nichts Besonderes. 2 Tage nach der Operation hörten die Schmerzen auf; die Besserung war aber keine ganz zufriedenstellende, da der Gebrauch der Beine ein beschränkter ist. 3) Bei einer osteomalacischen IVpara vor 4 Wochen Kastration: Adnexa waren varicös. Besserung.

In Anbetracht des Geschilderten kommt F. zur Schlussfolgerung, dass in Fällen von Osteomalacie, wo ein operatives Verfahren in Frage kommt, die Porro'sche Operation gerechtfertigt erscheint.

Winckel fand in einem Falle von Osteomalacie die Alkalescenz des Blutes, wie dies Jaksch angab, vermindert. Stellt sich auf den Standpunkt Fehlings; nur muss man auch andere Mittel versucht haben; W. sah bei osteomalacischen Schwangeren oder Wöchnerinnen oft Besserung von guter, zweckmäßiger Nahrung.

Battlehner (Karlsruhe) zeigt das Präparat einer Inversio uteri. Die Inversion entstand nach einer Geburt; es konnte mit keinem der bekannten mechanischen Mittel die Reinversion gelingen; endlich wurde die vaginale Exstirpation des Uterus beschlossen; Pat. starb nach einigen Tagen.

Seitdem Nieberding den ersten Fall von Darmocclusion nach Laparotomie publicirte, erlebte er noch ähnliche 2 Fälle (nach einer Myomotomie und einer Ovariotomie). Wenn er nasse Sublimatgaze verwendet hätte (Krukenberg), hätte er es ev. dem zuschreiben müssen; doch sie war trocken. Oder sollte vielleicht die harte Sublimatkochsalzgaze das Endothel der Serosa abgeschürft haben?

Kaltenbach gebraucht kein Sublimat, es könnte ja sein, dass die Gaze lädirt und als Entzündungserreger wirke. Peinliche Asepsis genügt. Übrigens fiel es ihm auf, dass solche Komplikationen bei den ersten 50 Operationen häufiger vorkommen, also bis zur Vervollkommnung in der Operationstechnik.

Schwarz sah in der Olshausen'schen Klinik 2 Fälle von Darmocclusion nach Laparotomie: die Darmschlingen befanden sich beide Male an der Stelle der Gummiligaturen.

Nachdem Kaltenbach den Vortr. für ihre interessanten Vorträge dankt, und Winckel dem Vorsitzenden, Kaltenbach, für die musterhafte Leitung der Sitzungen im Namen der Gesellschaft Dank sagt, wird der Kongress für geschlossen erklärt.

Der nächste Kongress findet, in Anbetracht, dass im Jahre 1890 in Berlin der internationale Kongress tagt, ausnahmsweise schon im nächsten Jahre (1889) in Freiburg i. Br., unter Vorsitz von Prof. Hegar, statt.

Kasuistik.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

366. Sitzung am 20. Februar 1888.

Vorsitzender: Herr Sänger; Schriftführer: Herr Sachse.

1) Herr Hennig: Über Tubenschwangerschaft, Hämatocele, Exstirpation beider Befunde.

Ein Beispiel von Tubarschwangerschaft mit heftigen Blutungen nach innen und außen zugleich und von bedrohlicher Metrorrhagie noch nach der Operation dürfte allgemeine Berücksichtigung verdienen.

Während Redner fand, dass der Uterus öfter (unter 240 Fällen von Grav. tub. 13mal) und länger fortmenstruirt, als bei Normalschwangeren, kommt Blutung aus der Gebärmutter viel seltener zu Stande, am häufigsten noch zu Ende der abnormen Schwangerschaft, entweder während der Ausstoßung der Decidua uteri, oder bei Gelegenheit des Zerreißens der Eiröhre. Bei einer Pluripara notirte H. (Grav. tubo-uterina) 10 Tage vor der Katastrophe eine erschöpfende Blutung (die Kranke rief: »ich sterbe«, hörte aber nach Tamponade zuvörderst auf zu bluten). 20 Fälle lassen sich aus obigen Tubarschwangeren als metrorrhagisch herausrechnen.

Außerdem bietet die neueste Beobachtung einen Befund, welcher bisher nur von A. Martin (ebenfalls während der Operation) verzeichnet worden ist: die ungewöhnliche Verdickung der Muskulatur der schwangeren Tube schon Ende des 2. Monates.

Endlich ist auch die diagnostische Seite dieser Beobachtung von Belang. Es lag eine Geschwulst im linken Perimetrium vor, welche dicht an den kaum vergrößerten Uterus gerückt, rundlich, prall elastisch, fast schmerzlos, hin und wieder wehenartige Empfindungen veranlassend, einem kleinen Myome ähnlich sah, wie ein Ei dem anderen. Es liegt noch kein zweiter Fall vor, wo Tubenschwangerschaft diesen klinischen Befund dargeboten hat. Anders ist es mit der interstitiellen Schwangerschaft, welche bereits 3mal (2 Fälle noch nicht veröffentlicht) für Fibroma uteri gehalten wurden, des innigen Zusammenhangs wegen der Geschwulst mit dem Uterus, und 1mal, wobei die Diagnose »Fibrom« noch während des Lebens der Kranken korrigirt wurde.

Nur die wenn auch geringe Zunahme der Brüste und die Anwesenheit von Colostrum nach 4jähriger Pause erregten leisen Verdacht auf Extra-uterin-Schwangerschaft.

Die betreffende Frau, jetzt 37 Jahre alt, ursprünglich kräftige Berlinerin, hat als Mädchen eine Bandwurmkur durchgemacht. Sie empfing aus erster Ehe ein Kind, aus zweiter 3 Kinder, außerdem abortirte sie 1mal. Seit der letzten Entbindung parametritische Schmerzen und Zeichen perimetritischer Verwachsungen. Der behandelnde Arzt, Herr Lebelt, zog am 5. December 1887 den Verf. zu, da er anhaltende Uterusblutung durch Tampons nicht bewältigen konnte; Fe_2Cl_3 eingespritzt, zuletzt in die Uterushöhle (Braun's Spritze) verschlimmerte; $AgNo_3$ half kurze Zeit; darauf ging eine Decidua ab. Die Diagnose schwankte jetzt zwischen Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter und Endometritis decidualis. Nochmals Tampon, erregt heftigen Magendruck und Krämpfe, worauf der Unterbauch stärker anschwillt und das Gesicht Blutarmuth bekundet. Laparotomie am 7. December. Gegenwärtig waren Herr A. Clarus, Dr. Simpson (Edinburg), 3 Kandidaten, zum Schlusse Herr Tillmanns. Da die Möglichkeit der Absetzung des Uterus nicht ausschließbar war, so wurde zunächst derselbe mit Sublimat 1 : 2000 warm ausgespült — er blutete noch.

Einschnitt von Schoßfuge bis links vom Nabel. Die Hand dringt, wenig flächenhafte, dagegen sehr feste fadige Verwachsungen schwierig lösend, zu einem Raume links von der Gebärmutter, aus welchem eine rundliche Geschwulst mit fetzigen, entzündeten Anhängen langsam ans Tageslicht gezogen wird. Beim Entfalten des Objektes gewahrt man eine thalergroße Öffnung an der hinteren Wand eines darmähnlichen Gebildes, welches, beim Lösen von der hinteren Beckenwand

abgerissen, einen kleinen Finger ein Stück vordringen lässt. Dabei schlüpft aus der Höhle des nun als Tuba erkannten Schlauches eine derbe Kugel. Aufgeschnitten stellt sie sich als Blutgerinnsel dar, von geronnenem Faserstoff überzogen, ohne Spur eines Embryo. Nicht ganz nahe der Rissstelle lag bloßes Bauchfell zwischen den dicken Muskelbündeln. Der Ursprung des runden Bandes schließt Uterus bicornis aus; Uterus um die Hälfte größer; rechter Eierstock von normaler Konsistenz und Gefüge. Während der linke, vorn mit seinem Fransenende an die Mitte des Schlauches angeheftete Eileiter vollends aufgeschnitten wird, quellen gegen 500 g schwärzliche Blutgerinnsel von etwa 2 Tagen Alter aus dem kleinen Becken. Die schwangere Tube hat eine Muskellage von 1 cm Dicke, ist an beiden Enden verschlossen, dem Uterus näher muskulöser als peripher, wird exstirpirt. Das ausgelöste Stück ist 13 cm lang, 5,5 cm breit; die Blutkugel hat 4,3 cm Durchmesser. Die Placentarstelle, markstückgroß, ist wenig erhaben, geglättet; der Nabelstrang dünn, läuft in ein Fädchen aus. Wegen Fortblutung wird nach Schluss der mit Jodoform besorgten, vorsichtig ausgetupften Bauchwunde die Scheide tamponirt.

Als Pat. aus dem Chloroformschlafe erwachte, glaubte sie vor Schwäche sterben zu müssen, obgleich schon 2mal Äther unter die Haut gespritzt worden war; es ward nun noch eine Kampherinjektion gemacht, einige Stunden später und am anderen Morgen je 1 von 0,5 Chinin. Am 3. Tage gab es Fieber mit gelber Hautfarbe und kleinem, häufigen Pulse; dabei Nachtschlaf. Wir bezogen die Temperatur von 39,9 und die eben erwähnten Symptome auf den hohen Grad der Blutarmuth und Aufsaugung alter Blutreste aus dem Douglas; der Harn entleerte kleine frische Blutklümpchen, später kam er häufig und wenig auf einmal, sehr gesättigt mit Eiweiß, am 5. Tage heller und mehr, zugleich Schweiß. Unter reichlichen, erst stark stinkende Rückstände führenden Durchfällen, die am 5. Tage heller, reichlich fäkulent und gebunden wurden, sank die Temperatur. Der Mastdarm zeigte sich am 4. unempfindlich, am 5. (Klystier mit Opium) wieder empfindlich; die Nase wird feucht.

Am 7. spitzt sich eine alte Falte der hinteren Vaginalwand zuckerhutförmig vor die Vulva; aus ihr ragt ein 0,8 cm langer, 0,3 cm breiter Splitter alten hornigen Gewebes, am 9. ist das Vorsteckläppchen daselbst mit etwas frischem Blute und gegen 20 bräunlichen Körnchen bedeckt, die sich als Ū-Krystalle ausweisen. Nur noch an 2 Frauen beobachtete H. solche fingerförmige Verlängerungen, Wucherungen sämmtlicher Häute der Scheide, median gestellt; sie ähneln den polypösen »Vorfällen« der Muttermundslippen und sind, wie diese, solid; sie lehnen sich vorn an den medianen, mit ihnen verwachsenen Hymenrest an, tragen aber, ihre Abkunft von der Vagina verrathend, auf der Rückseite Drüsen. Bei einer 22jährigen Frau war dieser Vorsprung quer zweilippig. Ausspülung der Scheide mit Bleiwasser. Verbandwechsel. Am 11. letzte Nähte entfernt. Prima reunio; bald darauf Muskelabscess in der unteren Schnittgegend. Am 17. aus H.'s Klinik nach Hause entlassen, erbricht Pat. einige Male. Man kann in eine Fistel bis rechts vom Uterus dringen; nach Ausspülen mit Bo_3 wird Jodoformgaze eingelassen. Schmerz unter der Leber, schon in früheren Jahren manchmal. Mastdarm etwas verengt. Die Zufälle deuten auf einen Blut- oder Embryorest in einer Douglasischen Tasche. 10. Januar Collaps. Am 14. steht Pat. auf; am 28. traten die Menses ein. Gegenwärtig ist die Geheilte wieder normal schwanger.

Diskussion: Herr Döderlein fragt, ob die Wand der Tube mikroskopisch untersucht und ob Chorionzotten gefunden worden seien.

Herr Hennig: In der Tube seien Deciduazellen gefunden worden, auch spreche der Abgang der Decidua aus dem Uterus für Gravidität.

Herr Sänger hält den Beweis für Gravidität nicht sicher erbracht, so lange nicht Eihäute und namentlich Chorionzotten gefunden würden. Den geschilderten, fingerförmigen Lappen hält er für abgerissene Columna rugarum nach Querriss der Scheide.

Herr Hennig: Was die Diagnose Gravidität betreffe, so frage er nur, wie der Fall sonst gedeutet werden solle. Nichts Anderes könne die Tube zu solcher

Hypertrophie bringen, als Schwangerschaft. Eben so sei die Ruptur (das Peritoneum war nicht entzündlich verdickt) nur durch Gravidität zu erklären.

Ein ähnlicher von Martin beobachteter Fall sei auch so gedeutet worden.

Herr v. Tischendorf demonstrirt im Anschluss an Herrn Hennig's Vortrag die Präparate eines Falles, der am 6. Tag an prolabirtem Collaps tödlich endete. Mikroskopische Untersuchung der Präparate hat noch nicht stattgefunden.

Herr Sänger: Bei einem solchen Falle käme Alles auf die mikroskopische Untersuchung an. Auffällig sei bei dem großen Sack das Fehlen des Fötus.

Herr Hennig bemerkt zum Schluss, dass bei frühzeitiger Ruptur des Sackes das Ei mit den Chorionästchen herausfallen könne, und dass dieselben dann bei der Untersuchung des Sackes fehlen müssten. Die Kürze der Zotten bei Tubargravidität und ihre lockere Einsenkung zu dieser Zeit sprächen für diese Annahme.

Herr Sänger demonstrirt:

1) eine Pat. mit Ventrofixatio uteri retroflex. Pat. wurde lange erfolglos in der üblichen Weise behandelt. Seit 9 Wochen ist sie ohne Pessar und fühlt sich frei von Beschwerden. Der Uterus liegt normal antevertirt und ist trotz der Fixation gut beweglich. Redner hat bis jetzt 8 einschlägige Fälle operirt, die sämmtlich geheilt wurden.

2) Präparate eines Falles von Carcinoma parovarii duplex (Papilloma malignum parovarii d.). Es handelte sich um einen schnell wachsenden Doppeltumor bei einer 54jährigen Frau, dessen maligne Natur schon vor der Operation vermuthet wurde.

Nach Incision der ungewöhnlich dicken Bauchdecken zeigte sich blutiger Ascites und ausgedehnte Peritonealcarcinose. Das Becken war vollständig ausgefüllt mit Carcinommassen, aus welchen 2 kindskopfgroße Cysten emporragten. Da die nach dem Einschnitt reichlich vorquellenden Därme nicht reponirt werden konnten, punktirte Redner zunächst die beiden Cysten.

Nach Analogie eines früheren Falles, wo es ohne besondere Blutung gelang, die Cysten aus den Krebsmassen herauszuschälen und abzubinden, worauf für Monate ein Stillstand des Leidens eintrat, schritt R. auch hier dazu, doch lediglich im Drange der Noth, um für die vorgefallenen, massenhaften Darmschlingen Platz zu schaffen. Auch hier war es möglich, unter ziemlich starker Blutung beide Cysten herauszufördern. Ausspülung der Beckenhöhle mit Jodtrichlorid. Drainage mit Jodoformgaze und Glasdrain. Exitus am 4. Tag unter denselben Erscheinungen, wie sie Olshausen als eine von der eigentlichen Sepsis verschiedene Krankheitsform jüngst beschrieben: zunehmender Meteorismus, schließlich mit ileusartigen Symptomen, geruchlose Sekretion aus den Drains, normale Temperatur, immer höher ansteigender, zuletzt unfühlbarer Puls, kühle Haut, Benommenheit des Sensorium. Zweifellos handelt es sich auch hier um eine Intoxikation mit Ptomainen: ob aber die Darmlähmung, in Folge der Eventration, das Primäre, die Bildung und Aufsaugung giftiger Stoffe im Darm das Sekundäre sei, oder ob die Ganglien und Plexus des Darmtractus erst durch die Ptomaine gelähmt werden, welche aus der Peritonealhöhle stammen, lässt sich zur Zeit nicht entscheiden.

3) Fibro-Sarcoma ovarii, von Kindskopfgröße.

4) Präparate eines Falles von Kastration wegen Ovaralgie und »Hystero-Epilepsie«. Beide Ovarien zeigen typische chronische Oophoritis und Perioophoritis. Sie enthalten weder echte Graaf'sche Follikel, noch Corpora lutea, sondern von gleichmäßig derbem Bindegewebe eingeschlossen je 2 haselnussgroße, mit blutigem Serum gefüllte Cysten.

---

2) **Boarman.** Tetanus puerperalis.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. Oktober 22. p. 522.)

Der hier berichtete rasch tödlich verlaufende Fall von puerperalem Tetanus ist durch die wahrscheinliche Art seiner Entstehung von Interesse. Die Frau war mittels Embryotomie entbunden; am Tage darauf wurde dem Arzt im Wochenzimmer ein Mann mit Gesichtsrose vorgestellt; die Absonderung dieses Kranken

von der Wöchnerin war nur unvollständig herzustellen. Am nächsten Tage schon entwickelte sich Puerperalfieber, und am 7. Tage des Wochenbettes trat deutlicher Tetanus mit Trismus beginnend ein, welcher alsbald zum Tode führte. Es liegt nahe, das Wochenbettfieber und den Tetanus auf Ansteckung durch den Erysipelaskranken zurückzuführen. **Lühe** (Demmin).

3) **Bartlett.** Vernix caseosa als Veranlassung für diagnostische Irrthümer.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. November 5. p. 601.)

In einem Fall von Blutung inter partum veranlasste eine ungewöhnliche Ausbildung der Vernix caseosa, welche in dicker Schicht den Kopf des Kindes bedeckte und durch Risse lappenartig getheilt war, den Verf. das Vorhandensein einer Placenta praevia anzunehmen. Nach dem Blasensprung klärte sich der Irrthum auf. Auch der übrige Kindskörper war mit dicken Schichten der Masse bedeckt.

Lühe (Demmin).

4) **Abbe.** Merkliche Größenabnahme eines Uterusfibroids nach Entfernung der Uterusanhänge.

(New York med. journ. 1887. November 26. p. 606. Aus der New York surg. soc.)

A. stellte fest, dass ein Jahr nach Entfernung der Uterusanhänge bei einer Farbigen wegen Fibroid dasselbe sehr erheblich, mindestens die Hälfte, an Größe abgenommen hatte, so dass die Pat. ihrem Geschäft als Waschfrau obliegen konnte. Alle 28 Tage hatte sie regelmäßig eine menstruelle Blutung ohne alle Beschwerden.

Auch Lange konnte eine ähnliche Größenabnahme innerhalb eines Jahres bei 2 von ihm Operirten berichten. **Lühe** (Demmin).

5) **Battey** (Rome in Georgia). Die Endresultate der Battey'schen Operationen.

(Vortrag in der American gynäcologic. society 15. September 1887.)
(Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. Oktober 29. p. 567.)

Bisher gab es noch keine Statistik über die Endergebnisse der Exstirpation noch funktionstüchtiger Ovarien wegen anderweiter Erkrankungen, in den bisherigen Zusammenstellungen war nur die unmittelbare Bedrohung des Lebens durch die Operation in Betracht gezogen. B. hat seit 1872 eine hinreichende Zahl Operirter noch später beobachtet, um sich ein Urtheil bilden zu können und fasst seine Erfahrungen in 10 Sätze zusammen. Das Wichtigste davon sei hier gebracht.

Der Eintritt der Menopause ist der wichtigste Faktor bei der Wirkung der Operation; nur selten tritt daher der Erfolg sogleich nach letzterer ein, meist geht eine von 1—5 Jahren schwankende Zeit klimakterischer Beschwerden der schließlichen Genesung voraus. Einige der operirten Fälle waren nicht geeignet, die Auswahl ist sicherlich nicht leicht; andere völlig geeignete Frauen hatten gänzlichen Misserfolg. Etwaige Morphium-, Chloral- oder Trunksucht muss vorher beseitigt werden. Schiebt man die Operation an sich Geeigneter zu lange hinaus, so ist kein Erfolg mehr zu erhoffen. Zuweilen blieben Neuralgien zurück, ob in Folge einer nicht resorbirten Ligatur ist zweifelhaft. Trotz der häufigen Misserfolge glaubt B. doch bei der Schwere des Leidens vor der Operation in den meisten Fällen die Zahl der günstigen Endergebnisse nicht für klein halten zu dürfen. Ein ähnlicher Procentsatz von Heilungen würde bei Krebsoperationen einen ungeheuren Erfolg darstellen.

Auf Befragen antwortet B. noch, dass er eigentlich stets die Ovarien erkrankt gefunden habe, die Tuben oder den Uterus habe er nur mit entfernt, wenn er sie krank gefunden habe. Selbst die Herausnahme aller dieser Organe habe nicht völlig sicher die Menopause zur Folge. **Lühe** (Demmin).

6) **Busey.** Cystocolpocele als Komplikation in Geburt und Schwangerschaft.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. Oktober 15. p. 502.)

Wenn eine stark gefüllte Blase in den Scheidenkanal vorgefallen ist, kann sie wohl ein Hindernis für den Geburtsverlauf abgeben. Der Verf. hat aus der

Litteratur 6 solche Fälle gesammelt und selbst einen beobachtet. Häufiger (37 Fälle) tritt ein solcher Zustand während der Schwangerschaft ein, wobei dann entweder gänzliche Retentio urinae oder sparsamer Abfluss stattfindet. Es pflegen dabei wehenähnliche Schmerzen und Tenesmus vorhanden zu sein. Während die Blasenanschwellung oberhalb der Schamfuge fehlt, fühlt man eine die Scheide ganz verschließende Geschwulst in ihr, welche seitlich und hinten mit dem Finger umgangen werden kann, aber nicht vorn. Die Entleerung der Blase mit dem Katheter beseitigt natürlich den Tumor und damit das Geburtshindernis sogleich.

Lühe (Demmin).

7) **Isaak E. Taylor** (New York). Lupus serpiginosus des Cervix uteri und der Pudenda.

(New York med. journ. 1887. Oktober 29. p. 499.)

In dem beobachteten Fall ging die Eruption des Lupus von dem Cervix aus, verbreitete sich von dort aus auf die äußeren Genitalien, und endete in etwa 2 Jahren tödlich. **Lühe** (Demmin).

8) **Fasola** (Florenz). Fieberhafte Krankheiten in der Schwangerschaft.

(Ann. di ostetr. etc. 1887. Juli — August.)

Fünf Pneumonie-, sechs Typhus-, zwei Pleuritis-, drei Malariafälle, ein Fall von Sepsis nach Ovariotomie während der Schwangerschaft werden tabellarisch zusammengestellt. Verf. trachtet den Beweis darzubringen, dass die Infektion an und für sich, auch abgesehen von der Temperaturerhöhung eine wichtige Rolle in der Hervorrufung des Abortus (resp. der Frühgeburt) spielt. **Liebman** (Triest).

9) **E. Casati** (Rom). Modifikation der Alexander'schen Operation.

(Raccoglitore med. 1887. No. 5—8.)

Verf. stellt in einer Tabelle 139 Fälle verschiedener Autoren zusammen; er betrachtet die Alexander'sche Operation als eine radikale Kur der Retroflexion; bei Prolapsus mit Hypertrophie und Elongation des Collum uteri müssen mit ihr auch die bekannten vaginalen Operationen verbunden werden. Bei Fixation des retroflektirten Uterus ist die Operation kontraindicirt. Stets sollen beide runde Mutterbänder verkürzt werden.

Verf. macht einen einzigen, medianen, nach oben schwach konkaven Hautschnitt, der beide äußere Öffnungen des Leistenkanals mit einander verbindet. Beide Lig. rot. werden nun hervorgezogen und von jedem so viel abgeschnitten als zur Fixation des Uterus und Anteversion nothwendig erscheint. Nun wird der centrale Stumpf des rechten Lig. rot. mit dem peripherischen Stumpfe des linken verbunden und umgekehrt, so dass sich die Ligamente auf dem subkutanen Bindegewebe des Bauches kreuzen; die Ligg. werden nicht nur unter einander (mit Knopfnähten?) sondern auch jedes für sich durch eine fortlaufende Naht mit dem Unterhautzellgewebe verbunden. Die fortlaufenden Nähte werden mit Katgut gemacht, die Bauchdecken durch Seidennähte geschlossen. Vaginale Tampons im hinteren Scheidengewölbe angebracht schieben die Gebärmutter nach vorn und oben. Eine Frau mit spitzwinkliger Retroflexion, Dysmenorrhoe und mehrfachen nervösen Beschwerden wurde durch diese Operation geheilt.

Liebman (Triest).

Berichtigung. In dem Bericht über den Vortrag von A. Martin in No. 24 p. 389 muss es im Schlusse heißen: 2mal Collumcarcinom und 7mal Corpuscarcinom statt, wie es dort heißt: 7mal Collumcarcinom und 2mal Corpuscarcinom.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 27. **Sonnabend, den 7. Juli.** **1888.**

I. Die Essigsäure als Desinficienz in der Geburtshilfe.

Von

Dr. F. Engelmann in Kreuznach.

In No. 5 dieses Blattes theilt Steffeck aus der Gießener Klinik einen weiteren Fall von Tod in Folge von Sublimatvergiftung mit, den 17. meines Wissens, seit das Sublimat im Sommer 1883 empfohlen wurde und rasch allgemeine Verbreitung fand. Alle Vorsicht in der Auswahl der Fälle, Sorge für genauen Abfluss, Wahl schwächerer Lösungen hat sich als unzulänglich herausgestellt, um einen gelegentlichen schlimmen Ausgang zu verhüten. Wenn Angesichts der so sicheren antiseptischen Wirkung der Kliniker sich nur ungern von der Anwendung des Mittels lossagt und dazu auch einigermaßen berechtigt erscheint, so kann der praktische Arzt sich doch nicht der Gefahr aussetzen, welche ihn unter Umständen in seiner materiellen Existenz schwer schädigen kann. Meines Erachtens kann und darf kein vorsichtiger Arzt weiterhin von dem Sublimat in der Geburtshilfe, wenigstens zu intra-uterinen Ausspülungen Gebrauch machen.

Unter diesen Verhältnissen erlaube ich mir, die Aufmerksamkeit der Kollegen auf ein Antisepticum zu lenken, welches ich seit etwa zwei Jahren vielfach angewandt habe, und welches sich mir bis jetzt gut bewährt hat: die Essigsäure.

Ich habe die Essigsäure resp. den Essig zuerst auf anderweitige Empfehlung hin gegen Diphtheritis in Anwendung gezogen (cf. Centralbl. f. kl. Med. 1886 p. 241). Durch zahlreiche, lange Zeit fortgesetzte Versuche, welche theilweise in einer Arbeit über die antiseptische Wirkung verschiedener gegen Diphtheritis empfohlener Mittel in der deutschen medicinischen Wochenschrift zur Veröffent-

lichung gelangen werden, habe ich festgestellt, dass die Essigsäure in Betreff ihrer antiseptischen Dignität mit der Karbolsäure auf gleicher Stufe steht. Dabei hat sie den großen Vorzug, vollständig unschädlich zu sein, so dass sie ohne Gefahr in bedeutend stärkerer Koncentration angewendet werden kann und nebenbei ist sie nicht unbedeutend blutstillend, bei der Verwendung in der Geburtshilfe eine angenehme Zugabe. Weiter besitzt sie eine Eigenschaft, die ihre Wirksamkeit zweifellos erhöht, die Leichtigkeit, die Gewebe zu durchdringen, welche nach meinen Versuchen um sehr viel bedeutender ist, als die sämmtlicher anderer Antisepticis und wodurch sie sich vortheilhaft von dem Sublimat unterscheidet, welches bekanntlich mit Eiweißkörpern unlösliche Verbindungen eingeht und daher nur auf der Oberfläche wirkt, während die Essigsäure weit in die Tiefe dringt. Mit dem Sublimat theilt sie eine unangenehme Eigenschaft, die Metalle anzugreifen, doch nicht in so hohem Grade, dass hierdurch die Instrumente ernstlich leiden. Die Zange kann man ruhig $^{1}/_{4}$ Stunde in den Irrigator, gefüllt mit 3%iger Essigsäurelösung, eintauchen, ohne dass dieselbe angegriffen wird, nur der Irrigator leidet bei längerem Gebrauch, doch ist diesem Übelstande leicht abzuhelfen. Unangenehm ist ferner, dass Seife in Essigsäurelösungen sich nicht löst, so dass beim Reinigen der Hände stets zwei Waschbecken oder doch zweimaliges getrenntes Waschen nothwendig ist. Dafür ist aber auch das Gefühl auf der Haut ein sehr angenehmes, dieselbe wird weich und geschmeidig.

Gewöhnlich wandte ich die Lösung in einer Stärke von 3% an; zuweilen habe ich auch 5%ige Lösungen in Gebrauch gezogen, doch machte sich dann leicht ein schmerzhaftes Brennen an wunden Stellen bemerkbar, so dass ich dieselbe nur bei schon bestehender septischer Infektion anwende, da die schwächere Lösung mir sicher Antisepsis brachte.

Die Zahl der Fälle ist eine beschränkte, 5 Zangen, 1 bei Gesichtslage; 2 Wendungen mit Eingehen der ganzen Hand; eine Placenta praevia mit Tamponade behandelt; zwei Lösungen der Placenta, davon eine sehr schwierig; zwei Curettements bei schon bestehender septischer Infektion; eine Anzahl Aborte. Aus denselben ein abschließendes Urtheil zu fällen, ist selbstverständlich nicht möglich, doch haben mir dieselben durch ihren ausnahmslos fieberfreien Verlauf gezeigt, dass das Mittel in praxi hält, was das Experiment gezeigt hat, dass die Essigsäure ein Desinficienz ist, welches an Wirksamkeit der Karbolsäure nicht nachsteht.

Ausgedehntere Versuche an Anstalten müssen den Nachweis liefern, ob diese Beobachtung richtig ist.

II. Zur Wirksamkeit der rectalen Glycerininjektion.

Von

Dr. V. Subbotić, Semlin.

Durch mehrseitige Empfehlung veranlasst versuchte ich vielfach und bei zahlreichen Kranken, Frauen sowohl als Männern, das Glycerinklysma, und hat sich dasselbe auch mir in vielen Fällen als rasch wirkendes, und keine unangenehmen Nebenerscheinungen hervorrufendes Mittel erwiesen. In manchen Fällen jedoch hatte die rectale Injektion von 2—3 g Glycerin, selbst einige Male wiederholt, gar keinen Erfolg. Als ich der Ursache dieser Misserfolge nachging, fand ich, dass in jenen Fällen, in welchen die Injektion wirkungslos geblieben war, keine Kothmassen im Rectum vorhanden waren; auch blieb die Injektion, wenn dieselbe in ein leeres Rectum gemacht wurde, stets erfolglos. Wenn sich hingegen Kothmassen im Rectum befanden, so rief die Glycerininjektion prompt den gewünschten Effekt hervor.

Es stimmt diese Beobachtung mit der Erklärung der Wirkungsweise der Glycerineinspritzung, nämlich der durch sie bedingten vermehrten Flüssigkeitsabsonderung und hierdurch bewirkten Reiz im Darm, überein. Dieser Reiz scheint

jedoch nur zur Entleerung des untersten Darmabschnittes zu genügen, während er zur Herunterleitung von in höheren Darmabschnitten befindlichem Inhalt, bei leerem Rectum, nicht ausreicht.

---

1) **Charpentier** und **Butte** (Paris). Über die experimentelle Urämie und ihren Einfluss auf die Lebensfähigkeit des Fötus.

(Vortrag gehalten auf dem Kongress in Washington 1887.)
(Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynécol. 1887. September. No. 9.)

Die beiden Verf. haben Harnstoff in die Jugularvenen der Versuchsthiere (Kaninchen) eingespritzt, um in der Weise Urämie zu erzeugen. Die Aufgabe bestand darin, die Einwirkungen sowohl der akuten wie der chronischen Urämie auf den Fötus zu beobachten; um die akute Form der Urämie zu erzielen, wurden 3 g Harnstoff pro Kilogramm Versuchsthier auf einmal eingespritzt. In der zweiten Versuchsreihe, wo es galt, eine chronische Urämie hervorzurufen, wurden täglich 2—4 g Harnstoff bis zum Verbrauch von 16—25 g eingespritzt.

In beiden Versuchsreihen fanden die Verf., dass der Fötus stirbt vor der Mutter, und in allen Fällen ließ sich nachweisen, dass der Harnstoffgehalt des Blutes und der Gewebe weit größer war beim Fötus, als wie beim Mutterthier.

Dadurch, dass der Fötus nicht im Stande ist, den aufgenommenen Harnstoff auszuscheiden, kommt nach Ansicht der beiden Verf. die Überladung der Gewebe mit Harnstoff zu Stande und tödtet den Fötus.

Das Mutterthier dagegen ist im Stande, sich einer gewissen Menge Harnstoff durch die Nieren zu entledigen und so das Leben etwas länger zu fristen. **W. Nagel** (Berlin).

---

2) **Bozeman** (New York). Die allmählich vorbereitende Behandlung der Komplikationen bei Urin- und Kothfisteln des Weibes.

(Vortrag gehalten auf dem Kongress in Washington 1887.)
(New York med. journ. 1887. Oktober 1. p. 372.)

Da in dem früheren Bericht in No. 49 des Jahrganges 1887 dieser Zeitschrift noch nicht ein genaueres Referat über diesen Vortrag gegeben werden konnte, wird hier noch einmal darauf zurückgekommen, nachdem derselbe in extenso vorliegt. Der Verf. will mit der dargestellten Behandlung die Schwierigkeiten beseitigen, welche aus der andauernden Inkontinenz des Urins für die spätere plastische Operation erwachsen, namentlich auch die erkrankte, oft geschwürige Schleimhaut der Vagina wiederherstellen, und wenn sie durch Narben verengt ist, sie erweitern. Er bedient sich hierzu entweder harter oder weicher Dilatatoren. Die harten werden entweder ganz innerhalb der Vagina getragen, oder sind länger, ragen aus der Vulva

hervor und werden außen am Perineum befestigt. Er hat von letzterer Art einen Satz von 5 Durchmessern von 30—50 mm, die intravaginalen Instrumente hält er sich in 8 Dickendurchmessern von 30—65 mm.

Die weichen Dilatatoren werden aus in Streifen geschnittenem grobem Schwamm hergestellt und mit Ölseide bezogen; sie haben eine Dicke bis 70 mm im Durchmesser. Auch diese sind kürzer, wenn sie ganz innerhalb der Vagina getragen werden, länger, wenn sie auch noch die Vulva ausdehnen sollen. Im Ganzen haben letztere den Vorzug, dass sie dicker werden, nachdem sie mit Urin durchtränkt sind, und dass sie sich der Gestalt der Scheide besser anschmiegen. Jedenfalls sollen beide Arten von Dilatatoren ihrer Aufgabe, den Urin abzuleiten, völlig genügen. Ist der Uterus noch fixirt, so wird er dadurch beweglich gemacht, dass der Dilatator ihn nach oben presst, und dass man mittels eines in die Portio eingesetzten Hakens ihn häufig nach unten zieht.

Auch Cystitis, Schrumpfung und Vorfall der Blase sind häufige Komplikationen der Harnfisteln, deren Behandlung mit der angegebenen Art der Drainage in Verbindung mit anderen Maßnahmen erfolgreich eingeleitet wird.

Gesellt sich Pyelitis zu einer Ureterfistel hinzu, so sieht man aus der Öffnung des Harnleiters Eiter herausquellen. In solchen Fällen hat B. durch eine biegsame Sonde den Harnleiter ausgedehnt und dann das Nierenbecken mittels eines elastischen Katheters ausgewaschen. Anfangs blieb letzterer 24 Stunden lang liegen, später wurde er täglich nur 1mal zur Ausführung der Ausspülung eingeführt. Die Heilung der Pyelitis gelang nach einigen Wochen, worauf dann die Fisteloperation vorgenommen werden konnte.

Durch diesen Erfolg ermuthigt, hat B. neuerdings ein ähnliches Verfahren bei einem einfachen Fall von Nierenblutung eingeschlagen, in welchem eine Ureterfistel nicht vorhanden war. Er legte eine Öffnung in der Blase an der Stelle des Eintritts des verdächtigen Ureters an, machte sich diesen hierdurch zugängig und verfuhr dann eben so, wie im vorigen Fall. Die unangenehmen Folgen der Harninkontinenz wurden dabei durch die beschriebene Drainage beseitigt und der Schluss der Fistel wird bis zu größerer Kräftigung aufgeschoben. Diese neue Operation nennt B. die Kolpo-Uretero-Kystotomie und will dadurch die Nierenexstirpation wenigstens in einer Anzahl von Fällen ersetzen, während er durch die Erfindung seiner Dilatatoren die Kolpokleisis unnöthig gemacht zu haben glaubt, indem er damit selbst für inoperable Fälle von Harnfisteln ein gutes Palliativum gefunden habe.

Lühe (Demmin).

---

3) Mundé. Drainage bei der Laparotomie.

(Vortrag in der Amer. gynæcol. soc. New York med. journ. 1887. September 24. p. 358.)

M. lässt jetzt neuerdings häufiger die Drainage bei Laparotomien fort, als früher. Als Nachtheile derselben gelten ihm die Gefahr,

Peritonitis und gastrische Störungen zu erregen und die Wundheilung aufzuhalten. Martin (Berlin) erklärt, dass er nur noch nach supravaginaler und vaginaler Hysterektomie, bei großen Fibroiden und endlich bei Cysten der breiten Mutterbänder drainire, wo die Wundfläche nicht geschlossen werden könne. **Lühe** (Demmin).

---

4) **Polk.** Müssen Tuben und Ovarien in allen Fällen von Salpingitis geopfert werden?

(Vortrag in der Amer. gynæcol. soc. New York med. journ. 1887. September 24. p. 357.)

Während P. noch vor 1 Jahr der Ansicht war, bei jeder Salpingitis müssten die Tuben und Ovarien geopfert werden, ist er jetzt anderer Ansicht. Oft machten die Adhäsionen die meisten Störungen, während die Tuben nicht vergrößert und nur in katarrhalischem Zustand waren, die Ovarien selbst aber ganz gesund, nur etwas Perioophoritis bestand. Durch Anlegen eines Ringes oder Tamponade zur Aufrichtung gelang es oft, für das Sekret der Eileiter Abfluss zu schaffen und Heilung zu erreichen, zuweilen muss man noch Alexander's Operation anschließen, um den Uterus in Stellung zu erhalten. Die durch die Entfernung der Eileiter und Eierstöcke geschaffene Verstümmelung ist doch zu ernst, als dass nicht vorher noch alles Andere versucht werden müsste, um die Heilung ohne sie zu erreichen. **Lühe** (Demmin).

---

5) **Eastman.** Subinvolution und Hyperplasie des Uterus.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. September 17. p. 357.)

Nicht allein nach Entbindungen kann Subinvolution zurückbleiben, sondern auch die menstruelle Vergrößerung und der während des ganzen menstruellen Lebens fortgesetzte Wechsel zwischen Vergrößerung und Schrumpfung kann ähnliche Zustände veranlassen. Emmet ist der Ansicht, dass zumal auch Cervixrisse die Subinvolution verursachen. Auch ist das Einnehmen von Opium zur Verminderung der Nachwehen, so wie der Fortfall des Nährgeschäfts mit seinem Einfluss auf die Uteruszusammenziehungen als Gründe anzusehen, auch Kummer, ferner habituelle Blutüberfüllung der Unterleibsorgane u. dgl. Emmet hat kongestive Hypertrophie des Uterus bei Frauen aus den Malariadistrikten der Südstaaten nach mehrfachen Anfällen von remittirenden Fiebern gesehen. Erkältungen und Überanstrengungen während oder nahe der Menstruationszeit kann Veranlassung zum Fortbestand des hyperämischen Zustandes und zu ungenügender Rückbildung sein.

Die Differentialdiagnose ist nicht leicht, zumal die Unterscheidung von Schwangerschaft und sich entwickelnden Fibroiden.

Bei der Behandlung muss die Ursache beseitigt werden, z. B. auch vorhandene Lageveränderungen erst durch Pessarien ausgeglichen, die Kongestion der Schleimhaut gehoben sein durch intra-

uterine Behandlung. Vor Allem muss auch auf genügende Weite des Cervicalkanales zum Abfluss der Sekrete geachtet werden, antiseptische Ausspülungen müssen rasche Reinigung bewirken. Ist ein Cervixriss vorhanden, so muss dieser nach vorangegangener sorgfältiger Vorbereitung operirt werden, die dabei stattfindende Blutung wirkt günstig mit. Die alte Behandlung mit Blutegeln ad portionem scheint nicht beliebt, doch wird Skarifikation angerathen.

Die Elektricität, namentlich der konstante Strom, ist das Hauptmittel, gerade wie bei den Fibroiden, welche mit der Subinvolution überhaupt sehr verwandt sind, ja, Verf. ist sehr geneigt zu glauben, dass diese Geschwülste ganz denselben Vorgang darstellen, wie die Subinvolution und Hyperplasie, nur dass bei jenen die Kongestion und Wucherung auf eine kleine Örtlichkeit beschränkt ist.

Lühe (Demmin).

---

6) **Sarah Post.** Pessare bei Krankheiten der Tuben und Ovarien.

(New York med. journ. 1887. September 24. p. 341.)

Ehe man zu dem äußersten Mittel der Exstirpation der Ovarien und Tuben schreitet, muss man erst alle anderen Mittel erschöpft haben, vor Allen die Vorrichtungen, um den Uterus und die inneren Genitalien aufrecht zu erhalten. Mit diesem Gedanken beschäftigt sich der höchst lesenswerthe Aufsatz. Außer der gut ausgeführten Scheidentamponade werden auch zumal aufgeblasene Gummiringe in verschiedenen Größen empfohlen. Sie können leicht von den Kranken selbst bei Nacht entfernt und eben so leicht wieder eingeführt werden, indem sie, aufgeblasen, von selbst in die richtige Lage gleiten. Von den gewöhnlich benutzten Größen haben nur stärkere Nummern in der Mitte eine hinreichend große Öffnung zur Aufnahme für die Portio. Es ist daher zweckmäßig, sich schwächere, mit größerer Mittelöffnung besonders anfertigen zu lassen.

Von diesen Verfahren hat P. in den verschiedensten Zuständen die besten Erfolge gesehen. Namentlich werden perimetritische Verdickungen und Verwachsungen, welche die Tuben und Ovarien nach unten fixiren, gelockert und die Stellung dieser Organe verbessert. Selbst Cervixrisse heilten einfach nach Anlegung der Gummiringe. Oftmals war P. somit schon in der Lage, seinen Kranken durch diese einfachen Mittel die Verstümmelung durch Ovariektomie zu ersparen.

Lühe (Demmin).

---

7) **Friedrich.** Endoskopie.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1887. September 3. p. 312.)

Für einzelne Fälle ist die Endoskopie der Urethra und Blase ein unentbehrliches diagnostisches Hilfsmittel. Erst kürzlich ist es F. damit geglückt, einen Harnröhrenschanker zu entdecken. Ferner ist die Unterscheidung kleiner erkrankter, entzündeter oder papillomatös

entarteter Stellen und ihre unmittelbare örtliche Behandlung mit Höllensteinlösung 1 : 4, Schwefelkupferlösung von 33%, Tannin etc. bei einiger Übung leicht möglich. **Lühe** (Demmin).

Kasuistik.

8) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

Sitzung am 17. Oktober 1887.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Sachse.

Vor dem Eintritt in die Tagesordnung demonstrirt Herr Fürst ein wenig Wochen altes Kind mit gänzlichem Mangel des äußeren Gehörganges und verkümmerter Anlage des äußeren Ohres. Redner betont die Möglichkeit einer Herstellung des äußeren Gehörganges, verspricht sich jedoch keinen Erfolg davon.

Herr Zweifel räth davon ab, einen künstlichen äußeren Gehörgang zu schaffen, da nach der Erfahrung in einem früheren Fall auch das innere Ohr unvollkommen ausgebildet ist.

I. Weiter demonstrirte Herr Zweifel 1) 2 Uteri carcinomatosi, welche in der verflossenen Woche durch die vaginale Totalexstirpation entfernt wurden. Gleich nach der Exstirpation wurden die Höhlen aufgeschnitten, um in dem Sekret des Uteruskörpers nachzuforschen, ob Mikroorganismen darin enthalten seien. Es fand sich nichts von solchen vor.

Den Kranken geht es ausgezeichnet, sie liegen fieberfrei und ohne Schmerzen da. Sie sind bei Abfassung des Referates schon vollkommen genesen.

2) Das zweite Präparat betrifft eine Dermoidcyste, aber nicht des Ovariums, wie urspsünglich angenommen war, sondern eine retroperitoneale Dermoidcyste, die mit den Ovarien und mit den Genitalien überhaupt nichts zu schaffen hatte. Im Voraus muss bemerkt werden, dass der wahre Stand der Dinge vor der Eröffnung der Bauchhöhle nicht erkannt war und es kann nicht verübelt werden, dass dies nicht geschah. Das zu diagnosticiren, was wirklich vorlag, ist überhaupt nie möglich.

Im Abdomen hatte die 18jährige, ledige Kranke einen weichen, fluktuirenden und beweglichen Tumor. Die Beweglichkeit war zwar beschränkt. Besonders befremdend waren die Dämpfungsgrenzen und die Konsistenz. Über dem Tumor war stellenweise tympanitischer Ton (das absteigende Colon), auf dem höchsten Punkt des Abdomens absolut leerer Schall. Die Geschwulst reichte von dem Zwerchfell herunter bis in die Beckenhöhle hinein und buchtete den Douglas'schen Raum weit in die Scheide vor. In der Scheide war der untere Pol des Tumors kugelig abgerundet und halb weich fluktuirend durchzufühlen. Es stellte sich erst bei der Operation heraus, dass dies die vollständig verdrängte linke Niere war. Dieser Tumor tief unten im Becken bot eine andere Konsistenz als die große Masse im Abdomen. Die Genitalien waren wegen der großen Spannung und Füllung des Abdomens selbst in Chloroformnarkose nicht genau durchzufühlen. Der Uterus war zwar nicht in normaler Lage, die Geschwulst verdrängte ihn nach vorn und rechts, aber er war nicht elevirt, die Geschwulst saß nicht im Subserosium des Ligamentum latum. Das rechte Ovarium ließ sich in Chloroformnarkose ganz genau abtasten, das linke war nicht eben so sicher zu fühlen, aber auch hier zeigte die Eröffnung der Bauchhöhle, dass was wir für linkes Ovarium gehalten hatten, dasselbe auch wirklich war. Wie sollte nun in diesem Falle die Diagnose lauten? Eine Ovarialcyste wurde ausgeschlossen, weil wir beide Ovarien fühlten, weil im Becken keine Verbindung zwischen Tumor und Uterus bestand und die Geschwulst, trotzdem sie so weit herunterragte, nicht intraligamentär saß und den Uterus nicht erhoben hatte. An der Vorderfläche der Geschwulst lief das Colon descendens herunter. Die Diagnose wurde schließlich auf Echinococcus gestellt, gerade wegen der weichen kugeligen Geschwulst im Douglas'schen Raum.

Die Laparotomie wurde am 6. Oktober 1887 gemacht und hatte ein höchst überraschendes Ergebnis. Eine Cyste war vorhanden, die jedoch mit den Ovarien nichts zu thun hatte. Die ganze Cyste war mit Peritoneum, das zahllose feine Adernetze darbot, bedeckt und über die Mitte lief das Colon descendens. Es wurde die Exstirpation der Cyste damit begonnen, dass das Mesenterium des Colon descendens durchschnitten, der Darm unterminirt und links zur Seite geschoben wurde. Bei der Eröffnung der Cyste kamen breiige Massen heraus, welche das Aussehen gelblich gefärbten Schweinefettes hatten. Es wurden von dieser Schmiere nach der Operation 20 Pfund abgewogen, was noch nicht dem ganzen Inhalt entsprach, da an den Schwämmen, Thymoltüchern etc. noch viel haften blieb.

Die erste Aufgabe war, den Sack ganz auszuräumen. Der Balg war eine Dermoidcyste. Sie zeigte schon makroskopisch das Aussehen einer dicht behaarten Haut und mikroskopisch typische Bilder dieser Art. Bei der Entleerung des Dermoidbalges stieg die weiche Geschwulst aus dem Becken herauf und dies erwies sich als die vollständig verdrängte linke Niere, welche von dem Tumor ganz platt gedrückt war. Von ihrer Erhaltung und Festnähung an normaler Stelle konnte gar keine Rede sein, sie musste mit dem Balg entfernt werden. Sie wurde zuerst mit der fortlaufenden Partienligatur umstochen, ligirt und abgeschnitten.

Nun kam die Reihe an den großen Tumor. Der wurde mit einer wahren Sisyphusarbeit aus dem retroperitonealen Bindegewebe herausgeschält, die blutenden Gefäße ligirt, weiter gerissen, weiter ligirt, wobei die Hand bis an das Zwerchfell der linken Seite vordrang und wenn sie in der Maulwurfsarbeit etwas einhielt, deutlich den Herzschlag auf die Finger pochen fühlte. Die letzte Unterbindung trennte Gefäße, welche vom Schwanz des Pankreas zur Cyste führten. Als auch diese ligirt waren, kam der gewaltige Sack heraus. Er maß nach der Entleerung und nachdem er schon in Alkohol eingelegt gewesen in der Länge 23 cm und 17 cm im Durchmesser. Aus der retroperitonealen großen Wundhöhle blutete es ganz wenig, so dass nichts weiter geschah, die lange Zeit eventrirten Darmschlingen wieder zurückgebracht und die Bauchhöhle geschlossen wurde.

Die Kranke ist vollständig schmerz- und fieberlos geheilt. Die höchste Temperatur betrug 37,7° C.

Es ist dem Vortr. ein einziger Fall einer retroperitonealen Dermoidcyste in der Litteratur aufgefallen, der von Bardenheuer (Der extraperitoneale Explorativschnitt p. 680) erwähnt wurde. Hier wurde die Operation vom Renalschnitt aus vollzogen, die Kranke starb 15 Stunden p. op.

3) Der zweite Fall betraf eine diagnosticirte Haemato-Hydronephrose, entstanden durch Wanderniere. Die Frau, 50 Jahre alt, Bäuerin, hatte einen Tumor in der rechten Nierengegend, der Urin war immer blutig gefärbt, und zwar von dunklem, schwarzem Blut. Da auch das Aussehen sehr schlecht war, lag der Verdacht an eine maligne Neubildung der Niere nahe.

Die Diagnose wurde begründet, indem in Chloroform die Urethra dilatirt und die Katheterisation des rechten Ureters unternommen wurde.

Zweifel fand leicht das Ligamentum interuretericum und die Mündung des rechten Ureters. Die Simon'sche Ureterensonde glitt in den Kanal hinein und auf Druck auf den Tumor floss die gleiche blutig gefärbte Flüssigkeit wie früher aus dem Ureterenkatheter. Um vor Irrthum geschützt zu sein, war die Blase während der Ausführung der Sondirung mittels eines Katheters neben dem Finger vorbei entleert. Ein Nachlass des Druckes auf den Tumor brachte den Ausfluss zum Aufhören, ein erneuter Druck brachte ihn wieder in Gang. Beim Zurückziehen des Ureterenkatheters konnte Vortr. anzeigen, wie weit derselbe eingeführt und dass das Öhr desselben weit genug über die Blasenwand hinauf gedrungen war, um vor einem Irrthum sicher zu sein.

Es ist dem Vortr. zum zweiten Mal gelungen, in Fällen, wo er die Ureterenkatheterisation zu diagnostischen Zwecken brauchte, dieselbe durchzuführen.

Am 6. Oktober 1887 wurde die Operation vorgenommen.

Die Diagnose bestätigte sich vollkommen.

Es war leicht, mittels der Methode der fortlaufenden Partienligatur die Niere zu unterbinden und ohne Blutverlust abzuschneiden. Nur musste auch hier erst wieder das vor dem Tumor liegende Colon ascendens an seinem Mesenterium gelöst und nach rechts zur Seite gelegt werden.

Die Kranke heilte vollkommen fieberfrei.

Die Geschwulst zeigte die Größe eines Kindskopfes, sie war uneröffnet herausgeschnitten und entleerte beim Eröffnen eine dunkel blutig gefärbte Flüssigkeit, wie die früher durch die Blase abgesonderte.

Die chemische Untersuchung, welche Herr Prof. Drechsel vorzunehmen die Güte hatte, ergab Harnsäure (sehr wenig), Harnstoff (wenig), daneben anscheinend Leucin (nach der Krystallform zu schließen) und auch etwas Gips, dessen Gegenwart (da keine Schwefelsäure hinzugebracht war) ebenfalls für den Harngehalt der betreffenden Flüssigkeit spricht.

Der Harnleiter war aufzufinden und in die cystische Höhle zu verfolgen. Er hatte eine starke Abknickung und Verengerung. Es handelte sich also um eine Hydronephrose mit starker Blutbeimischung — Hydro-Hämatonephrose.

Dieselbe war entstanden, weil die rechte Niere ihren Platz verlassen (Wanderniere) und zwar sich so umgekippt hatte, dass der obere Pol gerade sich nach vorn und links umgeschlagen hatte. Es war zu einer Knickung des Ureters und Stauung des Harns iu dem Nierenbecken gekommen. Aus der Lageveränderung war gleicherweise eine Knickung und Verengerung der Blutgefäße entstanden, die zu einer vollkommenen hämorrhagischen Infarcirung des ganzen Nierengewebes geführt hatte. Von gesunder Nierensubstanz war nur noch eine fingerbreite Zone der Rindenschicht und einzelne Pyramiden übrig geblieben. Das Andere war eine mit Blutwasser erfüllte Höhle und eine mit Blutklumpen bedeckte Wand.

In der Diskussion fragt Herr Sänger an, ob im Fall II (Hämato-Hydronephrose) der Ureter der anderen (linken) Seite getastet werden konnte.

Herr Zweifel bejaht dies für die Ureteren der beiden Seiten.

Ferner zeigt Herr Sänger ein Abortivei, etwa aus der 10. Woche, als schönes Beispiel von Decidual-Apoplexien in Folge von Endometritis decidua. Der macerirte Embryo entsprach etwa der 6.—8. Woche, die Nabelschnur war ödematös. Die Mutter war, so weit nachweislich, weder syphilitisch noch gonorrhoisch inficirt.

II. Herr Sänger: Über die klinische Bedeutung der Cevixrisse[1].

Redner bedauert nach Durchlesung des in der Berl. klin. Wochenschr. (1887, No. 41) ausführlich veröffentlichten Vortrages, den Nöggerath in der gynäk. Sektion d. Vers. d. Naturf. u. Ärzte in Wiesbaden gegen die Emmet'sche Operation gehalten hat, erst recht nicht dessen Meinung sein zu können und möchte sich gestatten, den Nöggerath'schen Aufsatz, der leicht jene segensreiche Operation, so wie die ihr zu Grunde liegenden klinischen Auffassungen wegen seiner anscheinenden zahlengemäßen Exaktheit erschüttern könnte, kritisch näher zu treten.

Unter den 26 verschiedenen Folgezuständen, die man nach N. auf die Cervixrisse bezogen habe, sind so und so viel tautologe: die Mehrzahl derselben kommt aber thatsächlich vor, und für einzelne, welche auszuscheiden sind, ließen sich andere anführen. Niemand hat aber behauptet, dass jene Folgezustände ausschließlich bei Cervixrissen vorkämen, während man andererseits wohl berechtigt ist, sie mit ihnen in Zusammenhang zu bringen, nämlich ex juvantibus, wenn sie nach der Behandlung zum Schwinden gebracht werden.

N.'s Beweisführung beruht auf der Gegenüberstellung von 50 gynäkologischen Fällen mit und 50 solchen ohne Riss. Die Auswahl der Fälle kann nicht anders denn eine willkürliche sein. Der Gegenüberstellung eines an sich anormalen Zustandes, wie der Cervixzerreißung, mit dem unverletzten Uterus muss im Vornher-

[1] Vgl. einen früheren in der med. Gesellschaft zu Leipzig gehaltenen Vortrag: »Über Cervixrisse und deren operative Behandlung«. Schmidt's Jahrb. Bd. CCXV, p. 206. 1887.

ein das Tertium comparationis fehlen. Dabei macht N. gar keinen Unterschied über den Grad des Cervixrisses: ein Fall, wo fast die ganze Cervix wie in 2 Lappen gespalten ist, gilt ihm gleich einem, wo es sich lediglich um einen durch seichten Riss querspaltigen Muttermund handelt. Und doch muss N. unter seinen »Fällen ohne Riss« eine große Anzahl solcher mit Riss gehabt haben. Vortr. ist mehr und mehr dahin gekommen, der Anschauung von W. Fischel beizutreten, wonach »Erosionen« viel zu häufig diagnosticirt werden, indem es sich meist um Eversion der Cervixschleimhaut, um »Pseudoerosionen« handelt, schon bei geringer Laceration der Cervix. Wenn nun N. sagt: »Erosionen und Geschwüre (!) befanden sich auf den nicht eingerissenen Cervices in 33 Fällen, auf den eingerissenen 27mal«, so darf man als bestimmt annehmen, dass unter jenen 33 Fällen die Mehrzahl — Rissfälle gewesen sind. Die von N. gebrauchten Ausdrücke »Geschwüre«, »bedeutende Granulationen«, »geröthetes, vergrößertes Gewebe der Cervix« zeigen, dass er noch in den früheren Anschauungen über die anatomische Natur der Erosionen und Pseudoerosionen befangen ist. Wird von »Cervicalgewebe« gesprochen, so weiß man nie, was gemeint ist, ob die Vaginal- oder die Cervixseite der Portio, ob diese allein, oder die ganze Cervix. Damit allein ist eigentlich N.'s Beweisführung gerichtet. Vortr. will aber noch auf andere Gegenargumente eingehen. N. leugnet das relativ häufigere Vorkommen von Retrodeviationen bei Cervixrissen; er fand ein Verhältnis von 10 ohne : 11 mit Riss. Vortr. fand aber bei 20 Fällen von Rupt. cerv. 9, also fast 50%, mit Retroflexio. Dass Cervixrisse kein Hindernis für die Konception abgeben, ist sicher, dass sie aber dieselbe erleichterten, kann höchstens für die Fälle zugegeben werden, wo Komplikationen, namentlich Cervixkatarrh mit reichlichem Sekrete, fehlen. Hier, aber nur hier, ist der Cervixriss einer durch Discission künstlich quergespaltenen Vaginalportion zu vergleichen.

Dass auf die 50 Parallelfälle ohne Riss eine geringere Anzahl von Schwangerschaften trifft, soll doch nicht besagen, dass der nicht lacerirte Muttermund einer Frau, die ein- oder mehrmals geboren hat, ein Hindernis für die Konception sei. Die Ursachen dieser relativ geringeren Fertilität sind gewiss sehr mannigfaltig, finden aber in der Liste weiter keine Berücksichtigung.

Mag nun auch bei Cervixrissen Konception häufiger sein, so ist es sicherlich auch der Abortus. Nach Emmet haben von 47 Frauen, welche nach eingetretenem Cervixriss 80mal koncipirten, in $^2/_3$ der Fälle abortirt. Nach der Zusammenstellung des Vortr. haben von 161 Frauen mit Ruptur 55 ein oder mehrere Male abortirt.

N. fand die Sondenlänge des Uterus geringer in Fällen mit Riss. Er sagt aber nicht, bis wohin gemessen worden ist, ob bis zum Orif. uteri externum oder bis zum Risswinkel der Cervix: das kann Differenzen bis über 3 cm ergeben. Überdies scheint Superinvolutio uteri p. p. im Anschluss an Cervixriss durchaus nicht selten zu sein, wodurch sich die Verkürzung der Sondenlänge leicht erklärt.

Unter Krankheitsdiagnose bringt N. eine Liste von 35 verschiedenen Affektionen, die sich bei seinen vereinigten 100 Fällen vorfanden. Wem fällt es aber wohl ein, bei kombinirten Erkrankungen Alles auf einen Cervixriss zu schieben, oder zu denken, dass nach dessen Beseitigung daneben bestehende andere Krankheitszustände eo ipso schwänden? Wie verschieden ist nicht die Ätiologie so umfassender Krankheitsbegriffe wie Endometritis, Metritis, für welche der Cervixriss doch nur ein ursächliches Moment ausmacht? Dass dieses aber gerade für die genannten beiden Hauptaffektionen von großer Bedeutung ist, gesteht N. selbst zu, da auch seine kleinen Zahlen hier eine sehr eindringliche Sprache reden. Auch er fand Endometritis doppelt so häufig bei Fällen mit Riss, wobei er indess keinen Unterschied macht zwischen Endometritis corporis und Endometritis cervicis. Unter seinen 50 Fällen mit Riss fand er selbst 24mal Eversion (Ectropium) der Muttermundslippen und hierbei nur 7mal normales Cervixgewebe, während 12mal »schwere akute oder chronische Schwellung der Lippen« bestand. N. würde aber die Zahl der Eversionsfälle noch weit größer haben angeben müssen, wenn er nicht solche Fälle ausschloss, wobei das Ectropium angeblich erst durch die Zugwirkung

des Sims-Speculum künstlich bewirkt worden sei. Und doch liegt gerade hier das Hauptverdienst von Roser und Emmet, dass sie das Aufklaffen der eingerissenen Cervix dem Auge deutlicher zeigten, als es der Finger zu fühlen vermag. Es hängt meist nur von einem schwächeren oder stärkeren Zug mit dem Sims-Speculum oder mit Rinnendoppelspiegeln ab, vom Zufall oder vom Willen, dass die Umrollung der Cervixwände seichter oder tiefer erscheint. Gewiss, die zerrissene Cervix lässt sich in jedem Fall durch Speculum und Häkchen künstlich evertiren, aber in den meisten Fällen ist sie dauernd evertirt. Ein »Auseinanderweichen der Lippen bei normaler Cervix«, wie es N. annimmt, wobei er diese »auf dem unteren Abschnitt der vorderen Kreuzbeinwand reiten und dadurch mechanisch aus einander pressen« lässt, muss für die unverletzte und nicht kongenital gespaltene Cervix entschieden bezweifelt werden. N. bedarf dieser Annahme, um seine Bedeutungslosigkeit der traumatischen Ruptur zu stützen.

Nicht mit einem Worte erwähnt N. die verschiedenen Lehren der Autoren über die Entstehung und das Wesen der Eversion und verweist Redner daher diesbezüglich auf seinen früheren Vortrag. So müssen denn leider die sämmtlichen 6 Thesen, welche N. aufstellte, als dem wirklichen Sachverhalt und zum Theil seinen eigenen Befunden widersprechend bezeichnet werden, ein Urtheil, welches Redner bei der hervorragenden wissenschaftlichen Stellung des von ihm auch persönlich hochgeschätzten Fachgenossen eine genaue Begründung erheischte, die er gern noch ausführlicher gegeben hätte. Sind nun aber die Prämissen von N., welche darauf hinausgehen, dass die Laceration der Cervix »ganz (!) aus der Pathologie der chronischen Gebärmutterkrankheiten zu streichen sei«, unrichtig, so sind es auch seine therapeutischen Folgerungen, welche an Stelle der klaren, selbstverständlichen und radikalen Operation Emmet's, die das Grundleiden meist mit einem Schlage zu beseitigen gestattet, eine langwierige, unbestimmte und in schweren Fällen ganz erfolglose Behandlung der Komplikationen setzen will.

»Zahlen beweisen«, aber nicht immer und nicht hier, wie vorstehend gezeigt worden ist. Von weit mehr Beweiskraft ist die klinische Erfahrung, auf die sich N. nicht stützen kann, indem wir nichts darüber vernehmen, ob er die Operation seines amerikanischen Fachgenossen auch nur ein einziges Mal selbst ausgeführt habe.

Zum Schluss berichtete Herr Sachse über eine doppelseitige Ovariotomie (Papilloma ovarii), bei welcher die jüngst von Zweifel angegebene Stielbehandlung mit der fortlaufenden Partienligatur sich in hervorragender Weise bewährte. Nach Lage des Falles war bei dem außergewöhnlich breiten und sehr langen Stiel nur durch Zweifel's Verfahren eine vollständige Entfernung der Cyste möglich, was bei der Natur der Geschwulst besonders hoch anzuschlagen war. Die exakte Blutstillung, sowie die Schnelligkeit des Verfahrens wird ganz besonders bestätigt.

Diskussion: Herr Sänger hat kürzlich in einem ähnlichen Falle, wo es nicht gelang, eine große intraligamentäre Cyste in der Tiefe vollständig auszuschälen, nach Schröder's und Olshausen's Rath den Cystenrest, wie einen breiten Stiel mittels Dechamps und krummer Nadel durch Matratzenligaturen in etwa 8 Partien abgebunden, so dass er schließlich eben so ausgesehen haben mochte, wie in Sachse's Fall. Sicherlich könne man dies, wenn es auch in großer Tiefe nicht leicht sein werde, nach Zweifel's Verfahren mit der Bruns'schen Nadel schneller ausführen und kämen dabei stets 2 Fäden in den gleichen Stichkanal zu liegen, indess reiße derselbe beim Knoten gewiss oft weiter ein, so dass Löcher entstünden, nicht kleiner als nach Gebrauch eines Thiersch'schen Schiffchens. Daher könne es gerade von Vortheil sein, die Partienligatur nicht eine neben die andere zu legen, sondern so, dass sie sich, ohne genau die gleiche Ebene einzuhalten, gegenseitig durchkreuzen, was mit einer gewöhnlichen krummen Nadel aber auch sehr schnell zu machen sei.

Herr Zweifel erwiedert, dass das Ziel der Operation sein müsse, keinen Geschwulstrest zurückzulassen und dass diese Aufgabe gerade durch die fortlaufende Partienligatur bedeutend erleichtert und gesichert werde. Das Thiersch'sche Schiffchen sei eine dicke stumpfe Nadel. Gerade so wenig man mit spitzen Nadeln das

Verfahren der fortlaufenden Partienligatur durchführen könne, wie mit der gestielten, könne man dies mit dem Thiersch'schen Schiffchen thun. Mit gewöhnlichen Nadeln könne man gar nicht in derselben Weise, nicht annähernd eben so bequem und sicher in »fortlaufender Weise« Partien abstechen und einzeln ligiren. Er lege Werth darauf, dass durch jeden Stichkanal 2 Fäden gelegt seien und diese nach 2 Seiten geschnürt werden. Falls dies mit dem Thiersch-schen Schiffchen durchgeführt worden sei, halte er es nur dadurch für möglich, dass das Schiffchen so große Lücken in das Gewebe reiße, dass man dieselben ohne Weiteres wieder sehen und dass das Instrument ohne Schwierigkeit seinen Weg durch diese Lücke zurückfinden könne. Doch sei es sicherlich besser, keine so großen Lücken zu machen. Weiterreißen entstehe nur bei gespanntem Gewebe. Hierzu komme, dass es Fälle gebe, wo das Durchstoßen der Schiffchen durch dicke Stiele zur physischen Unmöglichkeit werde. Mit der gestielten Nadel habe er schon Fälle operirt, wo er diese Unmöglichkeit selbst dem größtmöglichen Kraftaufwand gegenüber aufrecht halte.

Wer sich übrigens ein sachliches Urtheil bilden wolle, den bitte er, die zwar »ähnlichen«, in der Verwendung jedoch recht verschiedenen Methoden aus einander zu halten.

---

9) **Theilhaber** (Bamberg). Hyperemesis gravidarum.

(Münchener med. Wochenschrift 1887. No. 46.)

In einem Falle von Nephritis gravidarum starb das Kind im fünften Monat ab; das Erbrechen hörte alsogleich auf, dagegen nahm der Hydrops zu bis zum Abortus, welcher 12 Tage später erfolgte; bald darauf schwanden auch Hydrops und Albuminurie. In einem anderen Falle ließ das Erbrechen nach, nachdem der retroflektirte Uterus reponirt und durch ein Hodge'sches Pessar reponirt erhalten wurde. In einem 3. Falle war Endometritis schon vor der Schwangerschaft vorhanden; in einem 4. fanden sich Erosionen an der Vaginalportion vor; in einem 5. schienen hauptsächlich Gemüthsbewegungen die Ursache des Erbrechens gewesen zu sein. In diesen letzten vier Fällen hörte das Erbrechen schließlich auf. Verf. glaubt, dass die lokalen Ursachen (Erosionen, Retroflexion, Endometritis etc.) nur bei einer gegebenen Disposition des Nervensystems zu Hyperemesis führen. Die Behandlung muss je nach dem das Erbrechen bedingende Moment eine verschiedene sein. Außerdem bewährte sich dem Verf. in allen Fällen das fortwährende Liegen im Bette, die strenge geistige Ruhe, Verdunkelung des Zimmers; Ernährung mittels Eismilch in kurzen Zwischenräumen bei tiefliegendem Kopfe durch eine zweite Person esslöffelweise eingeflößt; dabei der strenge Befehl alles Regurgitirte wieder zu verschlucken. Selbstverständlich räth auch Verf. in verzweifelten Fällen zum künstlichen Abortus. **Liebman** (Triest).

10) **Samuel W. Gross** (Philadelphia). Betrachtungen über zweihundertundsieben Fälle von Brustkrebs.

(Med. news 1887. November 26. p. 613.)

Verf. sah unter 251 Neubildungen der weiblichen Brustdrüse 207mal Carcinom, also 82,47% (Bryant 83,16%, Billroth 85%); die jüngste Frau war 25, die älteste 72 Jahre alt. Von den 207 Fällen traten auf:

6	zuerst	zwischen	dem	20.	und	29.	Lebensjahre
39	»	»	»	30.	»	39.	»
78	»	»	»	40.	»	49.	»
62	»	»	»	50.	»	59.	»
21	»	»	»	60.	»	69.	»
1	»	»	»	70.	»	79.	»

Während der Entwicklung der Mamma wurde keine carcinomatöse Entartung beobachtet, 21,73% während der Zeit ihrer größten Thätigkeit, 78,26% während des Nachlassens der Funktion.

86,36% der Frauen hatten geboren und mehr als neun Zehntel von diesen

hatten gestillt; 13,64% waren steril. Nur in einem Falle trat das Carcinom während der Schwangerschaft auf, in keinem Falle während der Laktation. 58,45% menstruirten zur Zeit des ersten Auftretens der Geschwulst, 8,21% zeigten Unregelmäßigkeiten der Periode. Hereditär belastet waren direkt nur 4,83%. Traumen waren voraufgegangen in 20 Fällen (9,66%); von den gebärenden Frauen hatten 11 (8,27%) puerperale Mastitis. In 4 Fällen unter 5 Beobachtungen nicht puerperaler Mastitis trat die Neubildung auf derselben Seite auf wie die Entzündung; in 6 Fällen begann das Carcinom als »Paget's Krankheit«.

G. kommt zu der Ansicht, dass senile Veränderungen der Mamma eine Prädisposition, Traumen die einzige erwiesene direkte Ursache für das Vorkommen des Brustkrebses bilden und dass Heredität die Veranlagung zur krebsigen Degeneration überliefert.

Fünfmal waren mehrere Tumoren in derselben Brust vorhanden; in allen übrigen Fällen begann die Neubildung als eine solitäre und zwar 101mal in der rechten, 106mal in der linken Mamma. Lieblingssitz der Geschwulst war das obere äußere Segment der Brustdrüse und die unmittelbare Nachbarschaft des Warzenhofes und der Warze; Retraktion der letzteren war vorhanden in 108 Fällen. In $^{8}/_{10}$ der Beobachtungen bestand ein lebhafter Schmerz von intermittirendem Charakter, in 15% nur leichtes Unbehagen in der betr. Seite, und in ca. 5% wurde absolut kein Schmerz empfunden. Ergriffensein der Haut wurde 155mal (74,87%) beobachtet, und zwar Verfärbung und Adhäsion in 78 (37,68%), Bildung von Knoten 33 (15,94%), Ulceration 44 (21,25%) Frauen. Unbeweglichkeit der Brust, Ergriffensein der Pektoralfascie und -Muskel wurde in 31 Fällen gesehen. Die andere Brustdrüse wurde in 8 Fällen ebenfalls carcinomatös, doch ist G. der Meinung, dass es sich hier in jedem Falle um eine selbständige Entwicklung handelte.

Infektion der Axillardrüsen wurde konstatirt in 136 Fällen (65,70), der Supraclaviculardrüsen in 15, der Gl. subclavicular. in 3, der Gl. cervicales in 2 Fällen; doch ist dies keineswegs das richtige Verhältnis, da bei der jetzt stets vorgenommenen Ausräumung der Axilla mehr als 95% der Axillardrüsen sich inficirt erweisen.

Die erste Serie von 100 Fällen ist nicht genügend beobachtet im weiteren Verlaufe, um bezüglich desselben statistische Angaben zu machen; von der zweiten Reihe von 107 wurden 53 sorgfältig weiter beobachtet, von diesen wurden 43 operirt. Die restirenden 10 starben nach durchschnittlich 34 Monaten (nach dem ersten Auftreten resp. Beobachten).

Von den Operirten starben 2 unmittelbar im Anschlusse an die Operation (1 Fettembolie, 1 Pneumonie), 5 verschwanden aus des Verf.s Gesichtskreis; von den restirenden 36 starben 12 an lokalem Recidiv, 1 an Recidiv und Metastase. Die durchschnittliche Lebensdauer der an Wiederauftreten des Carcinoms Gestorbenen betrug 25 Monate (nach der Operation). Von den übrigen 23 lebten zur Zeit der Mittheilung 2 mit Recidiv, 1 mit Recidiv und Metastasen, 5 waren an intercurrenten Krankheiten nach verschieden langen Zeiträumen (bis nahezu 8 Jahre in einem Falle) gestorben und 15 befanden sich am Leben ohne Recidiv (darunter 2 über 8 Jahre nach der Operation). Nimmt man (nach Volkmann) ein dreijähriges Ausbleiben des Recidivs als definitive Kur an, so sind 7 oder 19,44% der Operirten dauernd geheilt. **Kreutzmann** (San-Francisko).

11) **John Clay** (Birmingham). Über die Behandlung des Krebses.

(Lancet 1887. November 19. p. 1005.)

Wahrscheinlich veranlasst durch das erhöhte Interesse, welches der Krebs beim größeren Publikum in Folge der Erkrankung des Kronprinzen gefunden hat, häufen sich in englischen Fachblättern die Mittheilungen von angeblichen erfolgreichen Behandlungsmethoden. Auch C. steigt wieder in die Arena, um sein altes Steckenpferd zu reiten, von welcher seit zehn Jahren wenig mehr die Rede war. Er theilt vier Fälle von Epitheliom mit, worunter zwei des Uterus, welche durch Ol. Terebinth. angeblich vollständig geheilt wurden. Der Name C.'s hat von früher

her in der Gynäkologie einen so guten Klang, dass wir die letzteren hier kurz skizziren wollen.

1. Fall. Epitheliom des Uterus und der Scheide: Nullipara von 55 Jahren, vor 20 Jahren durch Sir J. Simpson wegen angeblicher Stenose des Cervikalkanals operirt. Immer gesund, seit 2 Jahren Klimax. Seit 6 Monaten Ausfluss, Blutungen, Schmerzen. Vor 4 Wochen war durch einen tüchtigen Gynäkologen (Namen nicht genannt) der Cervix amputirt worden; trotzdem hatte die Krankheit an Umfang zugenommen. Einige Tage ehe C. die Kranke sah, hatte dieselbe Knowsley Thornton in London, den bekannten Nachfolger Spencer Wells am Samaritan-Hospital, konsultirt, derselbe bestätigte die Diagnose eines malignen Gewächses und erklärte dasselbe für inoperabel. Bei der Untersuchung fand sich die obere hintere Wand der Scheide von einem Gewächs von Walnussgröße eingenommen; in der vorderen Wand fand sich eine kleinere, mehr diffuse Wucherung. Dieselben stießen im Centrum zusammen und verhinderten jede Untersuchung des Uterus. Die Drüsen schienen frei. Die Behandlung bestand in einer Mixtur von Ol. Terebinth. bis 15 Theelöffel pro die; lokal touchiren mit Chromsäure. Die Geschwulst ging rasch zurück, und es ließ sich konstatiren, dass sie nicht von der hinteren Wand der Scheide, sondern von der umgestülpten hinteren, theilweise amputirten Muttermundslippe ausgegangen war. Nach vier Monaten war vollständige Heilung eingetreten. Der Cervixstumpf war unregelmäßig, aber von gesunder Narbe bedeckt. Die Behandlung wurde noch drei Monate länger fortgesetzt, während derselben hatte Pat. keine Beschwerden vom Gebrauche des Mittels gespürt. Die Behandlung hatte am 24. Februar 1887 begonnen, im November sah C. die Pat. und konnte vollständige Heilung konstatiren. Die Narbe am Cervix war blass, vollständig gesund, der Kanal für den Finger durchgängig; nirgends eine Härte zu fühlen.

2. Fall. Kleines Gewächs an der Portio von Knowsley Thornton für Epitheliom erklärt und excidirt. Die mikroskopische Untersuchung, von Thornton bestätigt, ergab zweifellos Carcinom. Nach sechs Monaten Recidiv; Thornton konstatirte, dass der Uteruskörper ergriffen und fixirt sei und versuchte von der Uterushöhle aus so viel wie möglich zu entfernen, was nur in beschränktem Maße möglich war. Nun wurde die Behandlung mit Terebinth. eingeleitet und ein Jahr lang fortgesetzt. Vollständige Heilung.

Zwei weitere Fälle von Epitheliom der Zunge und der Nase, ersteres von Jonathan Hutchinson als solches konstatirt und Excision der Zunge angerathen, werden noch mitgetheilt. In beiden war die gleiche Behandlung erfolgreich.

Engelmann (Kreuznach).

12) **Fasola** (Florenz). Foetus papyraceus.

(Ann. di ostetr. etc. 1887. Suppl.-Hft.)

Verf. hat 3 Zwillingsschwangerschaften beobachtet, in welchen ein Foetus pap. neben einem reifen Zwillingsbruder ausgestoßen wurde und glaubt darin eine Bekräftigung der Lehre von der Superfötation suchen zu dürfen.

Liebman (Triest).

13) **George Woodruff Johnston** (Washington). Ein Beitrag zur Kenntnis der Cysten der Scheide.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. November. p. 1121.)

Eine sehr eingehende fleißige Studie, welche neben der englischen auch die französische und vorwiegend die deutsche Litteratur berücksichtigt, jedoch nichts Neues beibringt außer einem Fall eigener Beobachtung. Derselbe betrifft eine 30jährige Mulattin, welche einmal geboren hat. Es finden sich in der Scheide vier beträchtliche Hervorragungen, in einer Linie eine über der anderen liegend. Die oberste in der Höhe des Cervix, die unterste hinter dem Harnröhrenwulst. Sie differiren von der Größe einer Bohne bis zu der einer Pflaume. Der Inhalt ist bei zweien hellgelb, neutral, $^1/_{10}$ Eiweiß, bei der größten geleeartig, dunkel rothbraun gefärbt, zeigte stark saure Reaktion, $^1/_5$ Eiweiß, zahlreiche Blutkörperchen. Die

Untersuchung der Cystenwand zeigte Bindegewebe mit glatten Muskelfasern, bedeckt mit einer einfachen Lage Cylinderepithel ohne Cilien, diese standen theilweise senkrecht, theilweise geneigt zum Untergrund und boten einen Übergang zu Plattenepithel, wie es Lebedeff beschrieben. **Engelmann** (Kreuznach).

14) **A. Martin** (Berlin). Bemerkungen über die Technik der vaginalen Hysterektomien.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. November. p. 1145.)

M. giebt eine kurze Beschreibung seiner Technik der Operation, welche bekannt sein dürfte. Er warnt vor ihrem Missbrauch, sie ist kein Objekt für den praktischen Arzt oder den Liebhabergynäkologen, selbst der erfahrene Fachmann muss im Anfang Lehrgeld bezahlen, ehe er sie beherrschen lernt.

Engelmann (Kreuznach).

15) **Sarah E. Post** (New York). Vaginale Hysterektomien der letzten Jahre wegen Krebs.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. November. p. 1151.)

P. hat kurz die in den letzten zwei Jahren operirten Fälle zusammengestellt in Bezug auf Resultat, Operationsmethoden etc. Sie hat im Ganzen 722 Fälle gesammelt mit 552 Heilungen, gleich einer Mortalität von 24%.

Engelmann (Kreuznach).

16) **Robert Harris** (Philadelphia). Die Operation der primären Laparotomie bei Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. November. p. 1154.)

Unter primärer Laparotomie ist eine solche zu verstehen, welche mit der Absicht unternommen wird, bei einer Extra-uterin-Schwangerschaft das Leben der Mutter und des lebensfähigen Kindes zu retten, während als sekundäre eine solche bezeichnet wird, welche die abgestorbene Frucht aus dem Mutterleibe entfernen soll. Die erstere ist naturgemäß die gefährlichere, hier wurden auf 9 Mütter nur eine, von zwei Früchten eine gerettet, und zwar beruhen die Gefahren in der Placenta, die noch funktionirend ist, in ihrer Lage, der Nichtkontraktilität derselben und der Vaskularität der Cystenwand. Weiter liegt die Gefahr in dem Zustande der Mutter zur Zeit der Operation. So hat H. unter den 27 Fällen, welche er gesammelt hat, elfmal hochgradige Schwäche vor der Operation bemerkt gefunden, bei 6 bestand Peritonitis, bei 3 war der Sack geborsten. Blutung war die Todesursache bei 12 unter 24, komplicirt mit Peritonitis bei 3, mit Septikämie bei einem. Weiter war die Todesursache dreimal Septikämie; dreimal Peritonitis; einmal Blutgerinnsel im Herzen; Shock und Collaps in je einem. Unter den 27 Fällen sind nur drei günstig verlaufen. Ein sehr trauriges Resultat, welches auch durch strenge Antisepsis kaum viel günstiger sich gestalten wird, so lange es nicht gelingt, den subplacentaren Kreislauf zu unterbinden. In dieser Beziehung ist ein Fall von Lazarewicz (Charkow) sehr instruktiv, welcher den Sack aus der Bauchwunde herauszog und mit Suturen befestigte und wie einen Beutel zusammenzog und schließlich noch Drahtsuturen durch Bauchwand, Sack und Placenta hindurchführte und so nach Möglichkeit die Cirkulation unterband. Verhältnisse, die solches Verfahren zulassen, dürften übrigens selten sein. Thomas verfuhr ähnlich in einem Falle von sekundärer Laparotomie 3 Monate nach dem Tode der Frucht. Er fand die enorme Placenta an das Colon fest verwachsen und zwar mit allen 3 Theilen desselben. Er nähte mit fortlaufender Naht die ganze Masse an der Grenze der Verwachsung ab und trennte dann die Placenta im Gewichte von 4 Pfund.

Die Operation ist äußerst selten, nur ein Operateur, Hildebrandt in Königsberg, hat dieselbe mehr als einmal gemacht. L. Tait behauptet allerdings 7mal mit einem Todesfall operirt zu haben, doch muss hier ein Irrthum vorliegen, da er 1884 nur einen Fall operirt hatte, in 2 Jahren also 6 Operationen ausgeführt haben müsste, während in der gleichen Zeit in der übrigen Welt nur 8 verzeichnet

sind. England hat in 23 Jahren 5 Operationen aufzuweisen, eine Mutter und ein Kind wurde gerettet; Deutschland 12, darunter 7 in den letzten 10 Jahren mit einer Frau und 12 Kindern gerettet; Frankreich ist mit einem, Italien mit 3, Dänemark, Schweden, Norwegen mit je einem vertreten.

Engelmann (Kreuznach).

17) **H. M. Cutts** (Washington). Der Werth der Kniebrustlage bei schwierigen Wendungen.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. November. p. 1173.)

C. macht von Neuem auf die Wichtigkeit der Kniebrustlage bei Wendungen aufmerksam; Deventer hat sie zuerst empfohlen; Smellie 50 Jahre später ebenfalls. Die Vortheile, welche sie bietet, sind nach ihm folgende:

1) Der Luftdruck auf den Fundus uteri ist durch Eintritt von Luft in die Scheide zum Theil wenigstens ausgeglichen.

2) Das Gesetz der Schwere tritt in Kraft, um den vorliegenden Theil von dem Muttermund zu entfernen.

3) Die Bauchhöhle wird verlängert, die Scheide gestreckt und der Kopf in die Richtung des Muttermundes geführt.

4) Die Kreißende kann nicht pressen.

5) Das Gewicht der Baucheingeweide wird eliminirt, eben so der Widerstand des Promontoriums im Falle ein Theil eingekeilt sein sollte.

6) Der Liquor amnii wird zurückgehalten.

7) Die Bauchmuskeln werden entspannt.

8) Wahrscheinlich kontrahirt der Uterus sich mit geringerer Energie.

Siebzehn Fälle von Smellie und amerikanischen Geburtshelfern werden kurz mitgetheilt. In allen handelte es sich um verschleppte Querlagen, Schulter oder Arm vorliegend, es waren andere Entbindungsversuche vergeblich gemacht worden, oder frühere Entbindungen sehr schwer gewesen; die Wendung wurde in 8 Fällen auf den Kopf gemacht; bei allen verlief das Wochenbett ohne Zwischenfall.

Alle Autoren stimmen darin überein, wie überraschend leicht die Wendung gewesen sei, nachdem sie sich vorher in einzelnen Fällen vergeblich abgemüht. Zuweilen genügte selbst die einfache Lageveränderung, um den Kopf zum Herabtreten zu bringen.

Engelmann (Kreuznach).

18) **Andrew Currier** (New York). Eine irrige Diagnose in einem Fall von Bauchschwangerschaft.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. December p. 1233.)

Die Frau, 27 Jahre alt, war seit vier Jahren verheirathet, nie schwanger gewesen. Sie war früher wegen Retroflexio uteri fixata lange Zeit in Behandlung, litt dann seit einigen Monaten an Schmerzen im Unterleib, Erbrechen, Husten. Die Menses waren regelmäßig. Dann stellten sich Blutungen aus dem Mastdarm ein, das Erbrechen nahm zu und plötzlich trat der Tod ein. Vierzehn Tage vor demselben war C. zur Konsultation zugezogen, die Untersuchung, besonders die bimanuelle war fast unmöglich wegen großer Schmerzhaftigkeit. Es wurde eine Geschwulst rechterseits konstatirt, welche die Vaginalwand etwas vorgewölbt hatte. Eine bestimmte Diagnose wurde nicht gestellt. Bei der Sektion zeigte sich, dass es sich um eine Bauchschwangerschaft gehandelt hatte. Die Tube wurde sorgfältig herauspräparirt, zeigte nirgends eine Ausdehnung oder einen Einriss. Der Fötus war gut entwickelt, etwa im fünften Monat.

Engelmann (Kreuznach).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 28. **Sonnabend, den 14. Juli.** 1888.

Über Desinfektion des weiblichen Genitalkanales.

(Vorläufige kurze Mittheilung.)

Von

Dr. Steffeck,

Assistent an der geburtshilflichen Klinik zu Gießen.

Seitdem Winter die Ergebnisse seiner Versuche über die Mikroorganismen im Genitalkanal der gesunden Frau[1] veröffentlicht hat, ist die Frage nach einer rationellen Desinfektion des Genitalkanales eine bedeutend dringendere geworden. Man weiß jetzt, was man schon längst aus einzelnen Infektionsfällen vermuthen musste, dass pathogene Organismen sich im Genitalkanal des gesunden Weibes finden, und hiermit ist an Jeden die unbedingte Forderung gestellt, für geburtshilfliche, wie für gynäkologische Zwecke eine wirkliche Desinfektion auszuüben. Es gilt demnach, durch bakteriologische Untersuchungen die verschiedenen ausgeübten Desinfektionsverfahren zu prüfen und sie eventuell zu verbessern und sich nicht bloß mit den praktischen Resultaten zu begnügen.

Bei meinen Versuchen glaubte ich zwischen denen für geburtshilfliche Zwecke und den für gynäkologische Operationen streng unterscheiden zu müssen, und zwar aus dem rein praktischen Grunde, weil für die Geburtshilfe ein komplicirter oder kostspieliger Desinfektionsmodus ganz zwecklos ist, in der Gynäkologie jedoch sehr wohl verwerthet werden kann, wenn er nur sicher und zugleich schnell wirkt.

Ich beschäftigte mich zunächst mit Versuchen für geburtshilfliche Zwecke und will die Resultate derselben hier nur kurz angeben, während ich sie an anderer Stelle mit noch anderen Versuchen zusammen genauer beschreiben werde.

Nach Winter ist als Grenze des Vorkommens von Mikroorganismen im Ge-

[1] Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XIV. Bd. 2. Hft.

nitalkanal der innere Muttermund anzusehen, und es besteht demnach für Kreißende die Aufgabe, den Cervix und die Vagina einer Desinfektion zu unterwerfen. Ich wählte zu meinen Versuchen, um möglichst ungünstige Verhältnisse für eine Desinfektion zu haben, Schwangere und zwar Mehrgebärende; letzteres that ich desshalb, weil der eröffnete Cervix Mehrgebärender sicherlich mehr Mikroorganismen beherbergt, als der Erstgebärender. Als Nährboden diente mir in allen folgenden Versuchen das Agar-Agar; ich ließ die einzelnen Versuchsröhrchen 5—6 Tage bei einer Temperatur von 37,5—37,8° C. im Thermostaten stehen.

Die Technik der Versuche war kurz folgende: Mit einem über der Gasflamme sterilisirten und in Sublimat abgekühlten Simon'schen Speculum legte ich mir Vagina und Portio frei, entnahm mit einer sterilen Platinöse Sekret, verrieb dasselbe auf den schrägen Agarflächen, desinficirte darauf und entnahm dann aus dem untersten Theil des Cervix wiederum Proben — entweder noch restirendes Sekret, oder abgeschabtes Epithel — und übertrug dasselbe ebenfalls auf das Agar.

Die ersten Versuche stellte ich mit einer $^1/_3$‰igen Sublimatlösung an. Ich begann mit den so vielfach geübten Ausspülungen der Vagina mit 1 Liter der Lösung: 3 Versuche.

Resultat: Nach der »Desinfektion« ganz dieselben und eben so viele Kolonien, wie vor der Desinfektion; mithin vollkommene Zwecklosigkeit.

2) Auswaschung der Vagina mit Hilfe eines Fingers. 4 Versuche.

Resultat: Zwar weniger Kolonien als vor der Desinfektion, jedoch noch sehr reichlich.

3) Auswaschung der Vagina mit Hilfe von 2 Fingern: 5 Versuche.

Resultat: In 3 Versuchen entwickeln sich mehrere Kolonien nach der Desinfektion; in 2 Versuchen bleiben die Gläser steril.

4) Auswaschung der Vagina und des untersten Theiles des Cervix. (Ein Finger wird in den Cervicalkanal, so weit es möglich ist, eingesetzt, mit dem anderen Finger wird das vordere Scheidengewölbe abgewaschen; dann werden die Finger gewechselt; der vorher freie Finger wird in den Cervix eingeführt und mit dem anderen wird das hintere Scheidengewölbe abgescheuert. Der Flüssigkeitsstrom wird direkt gegen den äußeren Muttermund geleitet.) 9 Versuche.

Resultat: sämmtliche Gläser bleiben nach der Desinfektion steril, ganz gleich, ob sich vor der Desinfektion 50 oder Hunderte von Kolonien entwickelt hatten.

Diese überaus günstigen Resultate muss ich einzig und allein dem Umstande zuschreiben, dass auf die eben beschriebene Manipulation das Desinficiens mit allen Theilen in ganz innige Berührung durch die fortwährenden Waschbewegungen gekommen war. Jedoch im Grunde genommen hatte ich damit noch nichts erreicht; ich hatte ja den oberen Theil des Cervix bis jetzt ganz unberücksichtigt gelassen und das Sekret desselben musste im nächsten Augenblick wieder den Erfolg vernichten.

Es hätte nun nichts näher gelegen, als den ganzen Cervicalkanal zu desinficiren, aber hiervon stand ich absichtlich und zwar aus dem Grunde ab, weil mit der Vorschrift einer Cervixdesinfektion dem ganzen Verfahren jeder praktische Werth genommen worden wäre. Ich glaubte vielmehr auf einfachere Weise zum Ziele gelangen zu können.

Erwähnen will ich hier noch, dass ich die bisherigen Desinfektionsverfahren von einer Hebamme ausführen ließ, um so gleichzeitig ein Bild über deren ev. praktische Verwerthbarkeit zu erlangen. Zwei Versuche, die ich in der zuletzt beschriebenen Weise einer anderen Person übertrug, zeigten, dass auch diese kleine Technik erlernt sein will, denn beide missglückten.

Ehe ich nun weiter ging in meinen Versuchen, erprobte ich das letzte Verfahren mit einer 3%igen Karbollösung, da zu derartigen Desinfektionen von Hebammen ja doch nur dieses Desinficiens angewendet werden könnte.

Das Resultat der hierher gehörenden 10 Versuche war 8mal ein positives, 2mal ein negatives, d. h. es entwickelte sich im Laufe von 2 Tagen je eine Kolonie nach der Desinfektion. Weitere zahlreiche Versuche, die ich zu anderem Zweck

mit Karbol anstellte, verwischten diese beiden Misserfolge vollständig, und ich möchte daher eine 3%ige Karbollösung als vollkommen ausreichend zur Desinfektion des weiblichen Genitalkanals erklären, wenn ich sie auch dem Sublimat nicht ganz gleichstellen will.

Die nächste Versuchsreihe galt der Frage nach der Dauer der erzielten Sterilität von Vagina und unterstem Cervixabschnitt. Ich entnahm zu dem Zweck Proben 1 Stunde, 2, 3, und 4 Stunden nach der Desinfektion, und es ergab sich, dass bereits 1 Stunde nachher der unterste Theil des Cervix wieder entwicklungsfähige Keime enthielt, die ihm natürlich von oben zugeführt worden waren. Die Folgerung aus diesem allerdings nicht sehr erfreulichen Ergebnis war, von Neuem zu desinficiren. Von einer abermaligen Auswaschung, die ja natürlich wieder am erfolgreichsten sein musste, stand ich desshalb ab, weil sie einerseits umständlich, andererseits aber für die Kreißende belästigend wäre.

Ich versuchte es vielmehr jetzt mit einer einfachen Ausspülung mit 1 Liter 3%igen Karbols 1 Stunde nach der Auswaschung: 4 Versuche.

Resultat: 2—3 Stunden nach dieser abermaligen Desinfektion bleiben sämmtliche Gläser steril, trotzdem sich wieder erhebliche Schleimmengen im äußeren Muttermund befanden und dieselben auf das Agar übertragen wurden.

Ich zweifelte nun zwar nicht, dass sich nach einer längeren Zwischenpause wieder einige Organismen finden würden, die bisher noch im oberen Theil des Cervicalkanals verborgen waren, aber ich glaubte, durch wiederholte Ausspülungen in der That eine wirkliche Desinfektion auszuüben. In den nächsten Versuchen machte ich daher zunächst eine Auswaschung der Vagina und des untersten Cervixabschnittes, ließ darauf 2stündlich Ausspülungen mit je 1 Liter des Desinficiens folgen, und entnahm Proben zwischen den einzelnen Ausspülungen und zuletzt etwa 2 Stunden nach der letzten Ausspülung. 10 Versuche.

Resultat: Sämmtliche entnommenen Schleimproben enthalten keine entwicklungsfähigen Keime mehr; alle Gläser bleiben steril.

Nach diesen unerwartet günstigen Resultaten will ich nun allerdings nicht behaupten, dass sich nicht doch noch einer oder der andere Organismus im Cervix finden könnte, aber jedenfalls muss die Zahl derselben eine äußerst geringe sein, und hierin bestärkt mich vor Allem, dass ich selbst 5 Tage nach diesem Desinfektionsmodus bei einer Schwangeren im Cervixsekret keinen Keim mehr nachweisen konnte. Ich glaube mich daher zu folgenden beiden Schlüssen aus meinen Versuchen berechtigt:

1) Eine Desinfektion des Genitalkanals für geburtshilfliche Zwecke ist nicht in einer Sitzung, sondern nur allmählich zu erzielen.

2) Durch eine Auswaschung der Vagina und des untersten Cervixabschnittes mit 1 Liter $^1/_3$‰igen Sublimats oder 3%igen Karbols und durch in 2stündlichen Intervallen folgende Ausspülungen der Vagina mit je 1 Liter des Desinficiens muss es gelingen, die Fälle von sogenannter Selbstinfektion auf ein Minimum zu reduciren.

---

1) **H. Kisch** (Prag-Marienbad). Über den gegenwärtigen Standpunkt der Lehre von der Entstehung des Geschlechtes beim Menschen.

(Wiener Klinik 1887. Hft. 6.)

Nach einer kurzen historischen Einleitung unterwirft K. alle bisher veröffentlichten statistischen Untersuchungen über die Entstehung des Geschlechtes beim Menschen einer Kritik. Er vermehrt dieselbe durch eine von ihm selbst aufgestellte Statistik von Geburten der Ehen regierender Häuser, fürstlicher und Familien der höchsten europäischen Aristokratie. Der zweite Theil seiner Arbeit beschäftigt sich mit den anatomischen, der dritte mit den experimentellen Un-

tersuchungen, welche behufs Klärung der interessanten Frage von verschiedenen Forschern angestellt worden sind.

Den gegenwärtigen Standpunkt der Lehre von der Entstehung des Geschlechtes beim Menschen präcisirt K. am Schluss seines Aufsatzes dahin, dass bisher weder durch statistische Arbeiten, noch durch anatomische Untersuchungen, oder auf experimentellem Wege Resultate erzielt wurden, welche eine Vorausbestimmung des Geschlechtes ermöglichen. Aber auch bezüglich der Erforschung jener Momente, welche einen bestimmenden Einfluss auf die Entstehung des Geschlechtes üben, ist man zu keinem positiven, unzweifelhaften Ergebnis gelangt. Es lässt sich nur als wahrscheinlich annehmen, dass es mehrere geschlechtsbestimmende Ursachen giebt, die in ihrem Komplex zusammenwirken; ferner, dass nicht in dem Ei allein, oder in dem Zoosperm allein, sondern durch die Wechselwirkung beider bei der Konception das Geschlecht bestimmt werde. In letzterer Beziehung scheint das relative und absolute Alter der Zeugenden von gewissem Einfluss auf die Geschlechtsbestimmung des Embryo zu sein, eben so der geringere oder stärkere Grad der geschlechtlichen Beanspruchung des Erzeugers, weiter auch der Zeitpunkt, in welchem das Ei nach seiner Loslösung aus den Ovarien befruchtet wird. Es scheint als ziemlich sichergestellt, dass, wenn der Mann mindestens um 10 Jahre älter ist als die Frau und diese sich in den Jahren der höchsten Reproduktionskraft befindet, mehr Knaben als Mädchen entstehen (Kisch); dass ferner der zeugende Theil, welcher stärker geschlechtlich beansprucht worden ist, die Eigenschaft besitzt, mehr Individuen des eigenen Geschlechtes zu erzeugen (Fiquet, Düsing); dass endlich eine spät nach der Menstruation (mindestens 8 Tage) eintretende Begattung der Entstehung eines männlichen Kindes begünstigend sei (Thury, Hansen). Von geringerer Wahrscheinlichkeit ist der Einfluss des Ernährungszustandes nach dieser Richtung.

Graefe (Halle a/S.).

---

2) **A. Döderlein** (Leipzig). Untersuchung über das Vorkommen von Spaltpilzen in den Lochien des Uterus und der Vagina gesunder und kranker Wöchnerinnen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXI. Hft. 3.)

Nach einer Einleitung über die Mortalität und Morbidität im Wochenbett an der Hand der neueren Statistik, so wie über die gangbaren Anschauungen in Betreff der Ätiologie der Erkrankungen im Wochenbett und der Störungen des Wochenbettverlaufs und nach einer Zusammenstellung von Untersuchungen aus den letzten Jahrzehnten über die infektiöse Natur des Puerperalsekretes theilt D. seine eigenen bakteriologischen Studien über die Lochien gesunder und kranker Wöchnerinnen mit.

Seine Untersuchungen stellte er im Leipziger hygienischen In-

stitute an, das Material lieferte die geburtshilflich-gynäkologische Klinik.

Zur Auffangung des Uterussekretes dienten sterilisirte, 25 cm lange Glasrohre, von 3 mm Durchmesser und 1 mm Lumen, welchen am einen Ende Uterussondenkrümmung gegeben worden war. Die Wöchnerin wurde in Steinschnittlage gebracht und der Muttermund mit einem Cusco'schen Speculum eingestellt. Dann wurde mit sterilisirter Watte das am Muttermund haftende Sekret abgewischt und das Röhrchen, so weit es leicht ging, eingeführt. Das Sekret des Uterus ließ sich mit einem kleinen, am unteren Ende angesetzten Saugballon leicht ansaugen. Sofort nach dem Herausziehen siegelte dann Verf. das Röhrchen an beiden Seiten zu und verfuhr zur weiteren Untersuchung mit dem Inhalt nach den von der modernen Bakteriologie geforderten Principien. Die Thierversuche wurden an Kaninchen angestellt.

Auf Einzelheiten der sehr interessanten Untersuchungen einzugehen, würde zu weit führen, dieselben mögen im Original nachgelesen werden. Das Gesammtergebnis seiner Studien fasst Verf. in folgenden Sätzen zusammen:

»1) Die Lochien des Uterus enthalten unter normalen Verhältnissen keine Spaltpilze.

2) Die Lochien der Vagina enthalten unter normalen Verhältnissen zahllose Keime der verschiedensten Art.

3) Die Lochien des Uterus können in beliebiger Art und Menge dem Thierkörper ohne Reaktion einverleibt werden.

4) Die Lochien der Vagina sind im Stande, Infektion bei Thieren, Abscesse hervorzurufen.

5) Das Vorhandensein von Keimen irgend welcher Art im puerperalen Uterus verursacht in der Regel Temperaturerhöhung.

6) Nach Abfall dieser Temperaturerhöhung sind die Lochien des Uterus wiederum keimfrei.

7) Die Entfernung dieser Keime erfolgt durch vermehrte Absonderung und Ausscheidung von Eiterzellen.

8) Auch schon vor der Temperaturerhöhung finden sich Keime im Uterus. Es muss also einerseits eine gewisse Incubationszeit angenommen werden, andererseits bedarf es besonderer Anlässe, z. B. Aufstehen, um erst die gewissermaßen schlummernde Schädlichkeit zum Ausdruck zu bringen.

9) Die keimhaltigen Uteruslochien bei Fieber rufen bei Thieren Infektionserscheinungen hervor.

10) Nur wenn dieselben ganz vereinzelte Keime enthalten, wobei die klinische Störung ebenfalls ganz gering ist, vermögen sie dem Thiere keinen Schaden beizufügen.

11) Die Vagina kann auch, ohne dass innere Untersuchung erfolgt ist, pathogene Keime enthalten (Selbstinfektion).

12) Die Uteruslochien kranker Wöchnerinnen enthalten stets

Keime, und zwar wurde ausnahmslos Streptococcus pyogenes gefunden.

13) Die Einwanderung der Keime in den Uterus kann auch von selbst stattfinden, also ohne Untersuchung, Operation etc. (Selbstinfektion).«

Diese Ergebnisse fordern das strenge Fernhalten aller Keime aus dem Uterus und legen der gründlichen Scheidendesinfektion bei der Geburt eine viel größere Wichtigkeit bei, als man bisher angenommen hat. **Vowinckel** (Berlin).

Kasuistik.

3) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 8. Juni 1888.

Vorsitzender: Herr Gusserow, Schriftführer: A. Martin.

Herr Gusserow übernimmt den Vorsitz, indem er der Gesellschaft für die Erwählung dankt und sein volles Interesse für die Arbeiten der Gesellschaft ausdrückt.

Herr Heyder berichtet über die von ihm und Herrn Tamm ausgeführte Kassenrevision.

Es ergab sich:

I.

Kasse der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie 1887/88.

	Bestand: im Mai 1887	863.73	
Einnahme:	a) Aufnahmegelder	102.00	
	b) Beiträge für 2 Semester	1926.00	(jetzt 163 zahlende Mitglieder)
	Summa der Activa:	**2891.73**	
	Summa der Ausgabe:	**1791.00**	
	Also Bestand im Mai 1888:	**1100.73**	(übertragbar auf 1888/89).

II.

Fond f. d. 50j. Stiftungsfest (Beschluss d. Ges. vom 12. Juli 1885).

Bestand: im Mai 1887	1570.25
Zuwachs 1887/88	362.85
Bestand: im Mai 1888	**1933.10**

Die Gesellschaft ertheilt dem Kassenführer Herrn C. Ruge die beantragte Decharge und schließt sich dem von dem Vorsitzenden ausgesprochenen Dank für die Führung der Kassengeschäfte an.

Herr Nagel hat der Gesellschaft seine Schrift über das menschliche Eierstocksei überreicht.

I. Demonstration von Präparaten:

a) Herr E. Cohn zeigt ein 12 Pfund schweres submuköses Myom, welches er am 12. Mai durch die supravaginale Amputation entfernt hat. Es stammt von einer 59jährigen Pat., die den Beginn der Geschwulstentwicklung erst nach der Menopause mit ca. 50 Jahren bemerkte. Der Tumor wuchs langsam, ohne Beschwerden zu verursachen, als etwa 2 oder 3 stärkere Metrorrhagien. Seit Oktober vorigen Jahres stellten sich stärkere und kontinuirliche Blutungen ein. Im Januar sah C. Pat. zuerst und versuchte eine Auskratzung zu machen, die aber bei der Weite der Uterushöhle unmöglich war. Dabei wurde ein kirschgroßer Schleimpolyp entfernt. Pat. befand sich nun wohl und blutete auch nicht mehr, bis etwa 5 Wochen später im Anschluss an einen Fall aufs Gesäß Fieber eintrat. Schüttelfröste, Temperaturen bis 41 und excessive Empfindlichkeit des Tumors. Nachdem die erste Attacke sich gegeben hatte, traten noch 2mal derartige Zustände ein,

mit unregelmäßigen Frösten, neuen Blutungen, starker Prostration etc. In der Meinung, dass es sich um Eiterungsprocesse im Tumor handele, beschloss C. die Operation, eventuell je nach Beschaffenheit der Geschwulst extraperitoneal. So weit sich feststellen lässt, ist das Myom aber völlig intakt, nirgends Thrombosen etc. Interessant ist die kolossale Verdünnung der Mucosa, die an einzelnen Stellen überhaupt nur aus 3—4 Reihen über einander gelagerter Zellen besteht. Eben so ist der Mantel sehr dünn, so dass sich hier an eine energische Ausschabung leicht hätte Nekrose des Tumors anschließen können. Ein Grund für die Fieberbewegungen ließ sich nicht auffinden. Die Operation wurde typisch ausgeführt, der Stumpf mit fortlaufendem Katgutfaden und drei umfassenden Seidennähten, die erst nach Schluss der Wunde geknüpft wurden, vereinigt und versenkt. Absolut glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 20. Tage.

Neben dem Myom war noch das linke Ovarium zum Theil in einen 2faustgroßen einkämmerigen Tumor verwandelt.

b) Herr P. Ruge zeigt ein Fibrom von Kindskopfgröße, das er durch die Scheide stückweis entfernt hat. 34jährige Virgo, die in Folge monatelanger Blutungen fast ausgeblutet war. Hymen erhalten. Scheidentheil verstrichen. Muttermund für den Finger durchgängig, dahinter das große submukös sitzende Fibrom fühlbar. Wegen der Größe des Tumors wäre die Laparotomie zweckmäßig gewesen, wurde aber wegen der hochgradigen Anämie unterlassen, und das Fibrom nach Durchschneidung der Mutterlippen durch die Scheide unter großen Schwierigkeiten ohne besondere Blutung entfernt. Die Pat., die sich Anfangs zu erholen schien, ging am 10. Tage an Erschöpfung zu Grunde.

c) Herr Orthmann demonstrirt einen Fall von Uterus septus mit Carcinoma portionis, cervicis et corporis.

Das sehr interessante Präparat stammt von einer 60jährigen Frau, welche seit dem letzten Vierteljahr über Ausfluss klagte; Schmerzen und Blutungen bestanden nicht. Pat. war außerdem in der letzten Zeit ziemlich abgemagert. Pat. hat 4mal geboren und 1mal abortirt; letzte Menses vor 15 Jahren. Bei der Untersuchung ergab sich, dass die vordere und hintere Scheidenwand ziemlich stark prolabirt war; an Stelle der Portio kam man in eine für 2 Finger durchgängige kraterförmige Höhle, deren Innenfläche von weicher, unebener Beschaffenheit war und bei Berührung leicht blutete; hierüber fühlte man den ziemlich großen, retroflektirten, aber frei beweglichen Uteruskörper. Die Adnexe waren beiderseits frei.

Diagnose: Carcinoma portionis et cervicis. Am 29. Mai 1888 wurde von Herrn A. Martin die vaginale Totalexstirpation vorgenommen. Die Operation war einigermaßen erschwert dadurch, dass das Carcinom schon auf die hintere Scheidenwand übergegangen war und dieselbe mit resecirt werden musste; ferner war das Uterusgewebe außerordentlich brüchig, so dass dasselbe verschiedentlich einriss und schließlich der Cervix bei der Umstülpung des Uterus fast vollkommen abriss; hierbei entleerte sich aus der Uterushöhle eine ziemliche Menge eitrig zerfallener bröckeliger Massen, der bald darauf, nachdem der Uterus vollkommen hervorgezogen war, ein zweiter Erguss einer ähnlichen Masse folgte. Dauer der Operation: 65 Minuten. Pat. machte eine ganz glatte Rekonvalescenz durch und wurde am 18. Juni geheilt entlassen; die Wunde war gut geschlossen; nur an einer Stelle war noch eine kleine granulirende Fläche.

An dem von vorn aufgeschnittenen Präparat sieht man, dass die Portio zum größten Theil carcinomatös degenerirt ist. Die carcinomatöse Zerstörung fängt an, schon auf die Scheide überzugreifen, namentlich an der hinteren Wand; die Cervicalschleimhaut ist ebenfalls oberflächlich ulcerirt. Von der hinteren Wand des Cervix, etwa in der Mitte des Kanals, erhebt sich ein Längswulst, der allmählich an Höhe zunimmt, am Orificium uteri internum die vordere Wand erreicht und dann sich als dickes Septum bis zum Fundus uteri fortsetzt und so die Uterushöhle in zwei vollkommen getrennte Hohlräume scheidet, welche ebenfalls vollkommen durch Carcinom zerstört sind. Die ganze Innenfläche ist von weichen, bröckeligen, zerfallenen Massen bedeckt; auf Querschnitten durch die Wandung

sieht man, dass die carcinomatöse Zerstörung schon in die Muskulatur eingedrungen ist.

d) Herr Brosin: Es sind nur vereinzelte Fälle bekannt, in denen die Schwangerschaftsdauer auf mehr als 300 Tage berechnet wurde und in denen zugleich eine ungewöhnliche Entwicklung des Kindes, nennen wir sie »Überreife«, den Partus serotinus beglaubigte.

Vorliegender todtgeborner Knabe wird Ihnen sofort durch seine Körpergröße auffallen. Seine Länge beträgt 60 cm, sein Gewicht 5770 g. Schulterbreite = 17 cm, Hüftbreite = 13 cm. Größter Kopfumfang = 41 cm, Diam. r. = 13 cm, Diam. tr. mj. = 10 cm, Diam. tr. min. = 9 cm, Diam. obl. mj. = 15 cm, Diam. obl. min. = 11 cm. Die Haare erreichen eine Länge von 3 cm; an den Nägeln der Finger und Zehen, so wie am Nabel ist Auffallendes nicht zu bemerken.

Frau R., die Mutter dieses Riesenkindes, ist kaum von mittlerer Größe, aber sehr kräftig gebaut und ungewöhnlich fett. Sie ist zur Zeit VIpara. Die Anamnese ergiebt: Abort im Jahre 1881 (Retroflexio uteri). Normale Geburten 1882, 1884 und 1885. Am 19. Mai 1887 wurde wegen verzögerter Geburt poliklinische Hilfe in Anspruch genommen. Das Kind kam spontan in Schädellage tief asphyktisch zur Welt. Die 113 cm lange Nabelschnur war zweimal um den Hals geschlungen. Wiederbelebung gelang nach Aussaugen der Luftwege, doch starb der Knabe 2 Tage später an Bronchitis. Die Länge des Kindes finde ich im poliklinischen Bericht auf 53 cm angegeben. Die Kopfmaße (größter Umfang 38 cm etc.) lassen darauf schließen, dass die Entwicklung des Kindes eine ungewöhnliche war. Die letzte Menstruation soll Mitte Juni 1886 stattgefunden haben. Frau R. weiß sich dessen nicht mehr zu entsinnen, giebt aber mit Bestimmtheit an, dass sie schon damals den Eintritt der Geburt viel früher erwartet habe. Es dürfte sich demnach auch im Jahre 1887 um einen Partus serotinus gehandelt haben.

Mit Sicherheit lässt sich dieses für den jetzigen Geburtsfall nachweisen. Die letzte Regel dauerte von Sonntag den 17. bis Mittwoch den 20. Juli 1887. Am 5. oder 6. Januar 1888 wurden zuerst Kindesbewegungen wahrgenommen. Seit Mitte Mai verspürte Frau R. bisweilen ziehende und drückende Schmerzen im Kreuze, »fast als wollten Wehen kommen«. Doch erst am 4. Juni in den ersten Nachmittagsstunden begann eine wirkliche Wehenthätigkeit, nachdem Vormittags um 10 Uhr das Fruchtwasser abgegangen war. Um 3 Uhr Nachmittags wurden die Wehen kräftiger, um 6 Uhr fand die Hebamme den Muttermund nahezu erweitert, den Kopf noch beweglich auf dem Beckeneingang. Einige besonders kräftige Wehen trieben den Kopf überraschend schnell durch das (sehr geräumig gebaute) Becken. Der Kopf wurde geboren, nun aber stockte die Geburt. Das Kind gab deutliche Lebenszeichen von sich, es schnappte wiederholt nach Luft. Trotz größter Anstrengung gelang es der Hebamme erst nach fast halbstündiger Arbeit, die Schultern durch das Becken zu ziehen, die hintere Schulter über den sehr nachgiebigen Damm zu heben und den Rumpf zu entwickeln. Das Kind war inzwischen abgestorben. Gleich nach dem Durchschneiden des Kopfes hatte die Hebamme von der Klinik Hilfe erbeten; 15 Minuten nach beendeter Geburt war ich zur Stelle, konnte aber an dem Neugeborenen Lebenszeichen nicht mehr entdecken. Die Placenta war gleich nach dem Kinde geboren. Sie wiegt 970 g und lässt, wie Sie sehen, außer reichlichen Kalkablagerungen auf ihrer uterinen Fläche irgend welche Abnormitäten oder Veränderungen regressiver Art nicht bemerken. Die Nabelschnur erreicht eine Länge von 99 cm.

Den Tag der Konception weiß Frau R., die glücklich verheirathet ist, nicht anzugeben. Berechnen wir die Schwangerschaft vom 17. Juli 1887, dem ersten Tage der letzten Regel, bis zum 4. Juni, dem Tage der Geburt, so erhalten wir eine Dauer derselben von 324 Tagen. Es ist dies ein Ergebnis, welches nicht nur dem Geburtshelfer, sondern unter Umständen auch dem Richter und dem Gesetzgeber von Wichtigkeit sein dürfte.

II. Diskussion über den Vortrag von A. Martin: Über die an einer Person wiederholte Laparotomie.

R. Olshausen: So viel ich aus meinen Notizen ersehe, habe ich bei 28 Kranken

nach voraufgegangener Laparotomie später nochmals die Laparotomie vollzogen, wobei aber vielleicht 1 oder 2 Fälle meinen Recherchen noch entgangen sein können. Mit Ausnahme von 4 Fällen war auch die erste Operation von mir vollzogen worden. Zieht man diese 4 Fälle und 4 weitere, in welchen Ileus bald nach der Operation die Indikation zur nochmaligen Eröffnung der Bauchhöhle abgab, von der Gesammtsumme ab, so bleiben 20 Fälle, welche sich auf eine Gesammtsumme von 750—800 Laparotomien beziehen; d. h. also, dass in 3% der Fälle aus irgend welchem Grunde sich eine weitere Operation nöthig machte.

Die Motive für die zweite Laparotomie waren freilich sehr verschiedenartige. Viermal wurde, wie gesagt, wegen Ileus innerhalb der ersten 14 Tage der Operation die Wunde wieder geöffnet; 3mal nach Ovariotomie, 1mal nach Myomotomie. 2 der Kranken genasen.

Einmal wurde die Myomotomie bei einer Pat. ausgeführt, bei welcher die Kastration (die eine unvollkommene geblieben war) sich fruchtlos gegen die Blutungen erwiesen hatte.

Einmal wurde nach Parovariotomie wegen beständiger Schmerzen, die man auf Adhäsionen bezog, 1 Jahr später nochmals der Leib geöffnet und wurden sehr viele, innige Adhäsionen der Dünndarmschlingen unter einander mit großer Mühe getrennt. Die Operation hatte Anfangs keinen deutlichen Erfolg. Später besserte sich aber der Zustand der Kranken wesentlich. Der Fall erinnert an einen solchen, in welchem Baumgärtner aus gleicher Ursache an einer Kranken die 3. Laparotomie vollzog.

Zweimal waren nach Kastration (beides fremde Fälle) Neurosen zurückgeblieben, ohne dass Amenorrhoe durch die Kastration herbeigeführt worden war. Die Absicht war beide Male die Herbeiführung der Menopause durch Excision der zurückgebliebenen Ovarialreste. Die Absicht misslang beide Male. Amenorrhoe trat auch nach der erneuten Operation nicht ein. In einem Falle war nach früherer rechtsseitiger Parovariotomie eine Neuralgie des nicht vergrößerten linken Eierstockes aufgetreten, welche durch die Operation beseitigt werden sollte und beseitigt wurde.

In 2 Fällen handelte es sich lediglich um die Excision von nach früherer Laparotomie entstandenen Bauchhernien. Der 2. dieser Fälle ist ungewöhnlich. Nach einer vor 3 Jahren von Schröder ausgeführten Ovariotomie entstanden in einer neuen Schwangerschaft Dehiscenzen in der alten Narbe, so dass man an 3 Stellen das Peritoneum bloßliegen und durch dasselbe, wie durch Fenster hindurch, den Uterus sich bewegen sah. Nachdem die 3 Fenster excidirt waren (das eine derselben war schon in der Nacht nach der Aufnahme der Pat. geborsten) kam die Kranke 6 oder 8 Wochen später mit neuen Lücken an anderen Stellen wieder und ich schnitt nun einen großen Theil der alten Narbe aus. Die denkbar dünnste Beschaffenheit der Bauchdecken, die in der Mittellinie nicht dicker waren als dünne Pappe, hätte bei jeder Art von Naht diesen Effekt wohl haben können und, nachdem die Kranke vor 8 Tagen unsere Klinik verlassen hat, ist es nicht undenkbar, dass sie in dieser Schwangerschaft nochmals zur Laparotomie kommt, da sie noch 6—8 Wochen ante terminum ist.

Die Mehrzahl meiner 28 Fälle betrifft aber entweder Erkrankungen des 2. Ovarium nach früherer Exstirpation des anderen (6 Fälle) oder Recidive von demselben, unvollständig exstirpirten Ovarium aus (9 Fälle).

Was die Erkrankung des 2. Ovarium nach Exstirpation des ersten betrifft, so weiß ich von mehreren Fällen bestimmt, dass bei der ersten Operation das zurückgelassene Ovarium gesund aussah; in anderen schien es schon im Beginn der Erkrankung zu sein, und war nur zurückgelassen, um die Kranke nicht der Zeugungsfähigkeit zu berauben.

Wie man sich bei der ersten Operation verhalten soll, wenn das andere Ovarium nicht ganz gesund aussieht, ist bei jüngeren Individuen oft sehr schwer zu entscheiden, während man bei älteren sicherheitshalber immer das verdächtige Organ mit entfernen wird. Während ich in 3 Fällen das zurückgelassene Organ später bald eine größere Geschwulst bilden sah, habe ich umgekehrt in noch häufigeren

Fällen erlebt, dass wenigstens in einer Reihe von Jahren das verdächtige Organ noch nicht weiter nachweislich erkrankt war.

Die Zeitdauer der Exstirpation des 2. Ovarium nach der des ersten schwankte zwischen 13 und 26 Monaten.

In 9 Fällen endlich versuchte ich nach früher unvollständiger Operation, später den nachgewachsenen Rest des Organs zu exstirpiren. Von den 9 Tumoren waren 6 subseröse, papilläre Tumoren. Es sind dies außerordentlich ungünstige, z. Th. verzweifelte Fälle gewesen, die übrigens fast alle früherer Zeit angehören. 3 der Kranken starben in Folge der zweiten Operation 1mal an Peritonitis, 1mal an Carcinosis peritonei, 1mal an Inanition.

Endlich sind 2 Fälle von Hydrosalpinx zu nennen, die zur 2. Laparotomie wegen unvollständiger Exstirpation und Wiedernachwachsen die Veranlassung gaben.

In dem einen dieser Fälle habe ich der 2. Laparotomie noch eine 3. folgen lassen müssen, ohne dass es mir gelungen wäre selbst bei dieser die Tuben vollständig zu exstirpiren. Jede Tube bildete in diesem Fall eine Anzahl von Cysten und alle Bildungen waren innig mit den umgebenden Därmen verwachsen. Die Kranke überstand alle 3 Laparotomien und starb etwa 2 Jahre nach der letzten auf mir unbekannte Weise.

Wie ich hier die 3. Laparotomie an derselben Pat. ausführte, so in einem anderen Falle, der wohl ein Unicum ist, die fünfte.

Ein ausländischer Arzt hatte zuerst das eine unvergrößerte Ovarium entfernt und etwa 1 Jahr später das zweite, ohne dass die gewünschte Amenorrhoe eingetreten war. Spencer Wells und ein anderer ausländischer Arzt hatten sodann die 3. und 4. Laparotomie vollzogen, um etwaige Ovarialreste zu excidiren, waren aber auf so innige Adhäsionen gestoßen, dass sie das Vorhaben aufgaben. Die zur Zeit, als ich sie sah, etwa 28jährige Pat. hatte seit Jahren das Bett, auch auf Augenblicke, nicht mehr verlassen. Die Menses bestanden unter großen Beschwerden fort und, da der Zustand ein möglichst trauriger war, so entschloss ich mich, wiewohl schweren Herzens, zur 5. Laparotomie. Es ist wohl die schwierigste derartige Operation gewesen, die mir vorgekommen ist. Nach langer mühsamer Arbeit hatte ich mich durch die festen Verwachsungen bis zu dem linken Lig. latum hindurchgearbeitet, wo der Sitz der Schmerzen zu sein schien. Ich excidirte auch an der Stelle, wo das linke Ovarium abgetragen war, eine kleine feste Masse, die jedoch Ovarialgewebe nicht erkennen ließ. Die Menses bestanden fort. Pat. genas von der Operation, ist aber kürzlich, 1 Jahr nach der Operation, in mir unbekannter Weise zu Grunde gegangen. Die 5 Laparotomien waren in 5—6 Jahren vollzogen worden.

Was die von Herrn Martin hervorgehobenen Punkte betrifft, so habe ich zur Incision fast immer eine Linie nahe der alten Narbe gewählt, etwa 1 cm von derselben entfernt. Die Incision erfordert immer Vorsicht, da Darmschlingen allerdings nicht selten adhärent sind an der Schnittnarbe. Wo man auf Schwierigkeiten oder bezüglich des Peritoneums unklare Verhältnisse in der Tiefe trifft, thut man gut, oberhalb der alten Narbe das Peritoneum zu eröffnen, um den Darmadhärenzen aus dem Wege zu gehen.

Die Darmadhäsionen sind auch im weiteren Verlaufe der Operation oft ein sehr erschwerendes Moment, denn, so sicher es ist, dass sie oft genug gänzlich fehlen und die zweite Operation z. B. als zweite Ovariotomie, außerordentlich leicht sein kann, so kommen in anderen Fällen die ausgedehntesten und festesten Verwachsungen der Darmschlingen zur Beobachtung. Dies kommt auch da vor, wo der Verlauf nach der ersten Operation ein ganz glatter und fieberloser war. Besonders schlimm sind in dieser Beziehung die unvollendet gebliebenen Tubenexstirpationen und die Operationen subserös inserirter, meist papillärer Kystome. Die Orientirung bei der zweiten Operation kann hier eine ungemein schwierige werden.

Die interessanteste Frage, welche zu lösen der Zukunft vorbehalten bleibt, ist die der Entwicklung von Geschwülsten aus Ovarien, die in den ersten Anfängen

der Erkrankung zu stehen schienen, als sie bei der ersten Laparotomie zurückgelassen wurden.

Herr Jaquet berichtet über eine eigene Beobachtung, die dadurch besonderen Werth erhält, dass bei der ersten Laparotomie ein Myxom des Ovarium und des Peritoneum, bei der zweiten eine Erkrankung wesentlich des letzteren sich fand. Pat. genas und erfreut sich nach Jahren eines trefflichen Befindens.

Herr Veit: Ich kann nicht umhim zu betonen, dass ich nach meinen allerdings nur 4 Beobachtungen von wiederholter Laparotomie nicht ganz dem Eindrucke mich anschließen kann, der aus den Mittheilungen des Herrn Vortr. und den Bemerkungen in der Diskussion hervorgeht. Zweimal handelte es sich um besondere Schwierigkeiten, die einmal einen anderen Operateur, das 2. Mal mich veranlasste, bei der ersten Laparotomie wegen Adhäsionen die Bauchhöhle wieder zu schließen; natürlich fanden sich das 2. Mal dieselben Verwachsungen, deren ich dann, übrigens mit Erfolg, Herr wurde. In dem 3. Fall musste ich aus ähnlicher Indikation wie Herr Olshausen nach einer Kastration die Bauchhöhle wieder öffnen; ich fand zwar den früher retroflektirten Uterus diesmal in Retroposition fixirt, sonst aber nur eine strangförmige Adhäsion vom Uterus nach der Beckenwand, der obere Theil der Bauchhöhle war eben so wie in dem 4. Falle vollkommen frei von Adhäsionen; in diesem letzten Fall handelte es sich um eine Pat., bei der der verstorbene Schroeder die doppelte Ovariotomie mit Erhaltung beider Ovarien gemacht hatte. Das rechte Ovarium und Tube lagen in Adhäsion, aber die linke Seite war, so weit ich urtheilen konnte, vollkommen normal, übrigens auch das linke Ovarium von normaler Größe. Ich möchte also zu bedenken geben, ob nicht die von den anderen Herren beobachteten Verwachsungen gerade an der vorderen Bauchwand mit den mechanischen Insulten zusammenhängen, die z. Th. bei einer Laparotomie unvermeidbar sind, bei einfachen Fällen aber umgangen werden können.

Herr Gusserow ist 14mal in der Lage gewesen, die Laparotomie bei Kranken auszuführen, bei denen theils von ihm selbst, theils von anderen Operateuren dieselbe Operation schon einmal gemacht worden war. Die Indikation zur zweiten Laparotomie bestand in 12 Fällen in Erkrankungen der zurückgelassenen Ovarien resp. Tuben, 2mal handelte es sich um ausgedehnte Resektion der vorderen Bauchwand wegen hochgradigen Bauchbruches nach Ovariotomie. Nach diesen Erfahrungen kann er nun vollständig Dem beistimmen, was von den anderen Operateuren gesagt wurde und was er auch schon auf dem 1. gynäkologischen Kongress in München hervorgehoben hat. In allen Fällen zeigten sich ausgedehnte Verwachsungen der Därme mit der vorderen Bauchwand und zwar auch in solchen Fällen, wo während der Rekonvalescenz nach der ersten Operation keinerlei Erscheinungen von peritonealer Reizung vorhanden gewesen waren. Es kann auch kaum die Art und Weise der Ausführung der ersten Laparotomie hierbei eine Rolle spielen, da die betreffenden Operationen nicht allein von ihm, sondern von verschiedenen anderen Operateuren ausgeführt worden waren. Hervorheben möchte Redner nur noch, dass keiner dieser zum zweiten Mal operirten Fälle gestorben ist, dass somit die Prognose für die zweite Operation, wie auch aus den Mittheilungen der anderen Herren hervorgeht, durchaus keine schlechtere ist, als bei der ersten Laparotomie, so schwierig und mühselig die Ausführung der zweiten Operation auch oft sich gestaltet. Dieser Punkt verdient betont zu werden, damit man nicht bei einer Ovariotomie oder ähnlichen Operation sich zu schnell aus Furcht vor einer späteren neuen Operation entschließt, die anderen Adnexe des Uterus wegen scheinbarer Erkrankung gleich mit zu entfernen. Es ist gewiss nicht immer leicht, im Augenblick der Operation mit Sicherheit zu entscheiden, ob das andere Ovarium gesund sei oder nicht, zumal da selbst die anatomische Untersuchung hierüber zweifelhafte Resultate giebt und es ist für das betreffende Individuum gewiss ein folgenschwerer Eingriff, wenn man dasselbe durch Entfernung auch des zweiten Eierstockes oder der zweiten Tuba befruchtungsunfähig macht. Es ist daher gewiss richtiger, in solchen Fällen lieber es auf eine zweite später nothwendig werdende Laparotomie ankommen zu lassen, als möglicherweise unnöthig die Kranke zu kastriren.

A. Martin dankt für die Mittheilungen, welche ein so reichhaltiges und hochinteressantes Material zu der von ihm angeregten Frage liefern.

Herr Olshausen hat allerdings auch diejenigen Fälle seiner Beobachtung mit herangezogen, in denen er nach Laparotomien innerhalb der ersten Tage resp. Wochen die Bauchwunde wieder öffnete, um Ileus und verwandte Processe zu behandeln. Diese Fälle hat A. Martin Eingangs seines Vortrages besonders ausgenommen, da ihre Erörterung für die Fragen der Behandlung des Ileus und der Sepsis, aber nicht für die zur Diskussion gestellte Indikation und Technik der wiederholten Laparotomien bedeutungsvoll ist. Eine procentarische Berechnung, wie Herr Olshausen sie analog derjenigen von Wells angestellt hat, um das Verhältnis der wiederholten Bauchschnitte zu den erstmaligen festzustellen, hatte A. Martin unterlassen, weil dabei zu inkongruente Verhältnisse mitsprechen und speciell zuerst festgestellt werden muss, wie viele Kranke den ersten Bauchschnitt überstanden haben und was die Indikation dieser Operation war: eine Feststellung welche im vorliegenden Vortrag zu weit abseits geführt haben würde. Aus Martin's eigenem Material kommen auf ungefähr 650 Bauchschnitte 21 zweite und 1 dritte Laparotomie, außerdem 6 Wiedereröffnungen der Bauchwunde innerhalb der ersten Woche, besonders um Sepsis durch offene Behandlung des Peritoneum zu ermöglichen.

Dass fast immer Verwachsungen der verschiedensten Art nach der ersten Laparotomie vorkommen, hat der Vortr. hervorgehoben und hat es von den meisten Herren, welche an der Diskussion Theil nahmen, bestätigt gehört. Den Beobachtungen von Herrn Veit stehen analoge auch aus dem Material des Vortr. zur Seite, aber sie bilden eben bei größerer Beobachtungsreihe die seltene Ausnahme. Dass die 2. Operation dadurch erschwert wird, ist ganz unverkennbar. Aber davon ganz abgesehen müssen diese Beobachtungen uns dahin drängen, die Indikationen der Laparotomie überhaupt doch viel strenger zu stellen, als wie es vielfach geschieht und auch in Halle auf dem Gynäkologenkongress scheinbar geschah: hat man doch das Einziehen eines Scheidenringes für schwerer erklärt als die Ausführung einer Laparotomie! Gegen eine derartige Würdigung des Bauchschnittes muss Jeder sich wenden, der auch nur einmal die Folgen selbst der einfachsten Laparotomie, nach ganz sicher aseptischem Heilverlauf, bei einer zweiten Operation zu würdigen Gelegenheit gehabt hat.

Die relativ geringe Mortalität der wiederholten Laparotomien, welche hier berichtet worden sind, kann nicht zu Gunsten einer solchen Auffassung des Bauchschnittes angeführt werden. Sie fällt nur in so fern ins Gewicht, als sie uns ermuthigt, bei der ersten Operation nicht allzu radikal vorzugehen. Wie der Vortr. schon hervorgehoben und die anderen Herren auch ihrerseits bestätigt haben, muss man entschieden davor warnen, bei der Untersuchung der anderen Beckeneingeweide jede verdächtige aber noch sehr geringfügige Veränderung als Anlass zur Exstirpation eventuell auch des anderen Ovarium oder der Tube oder des Uterus aufzufassen. Die eventuelle Resektion von pathologischen Abschnitten, wie Schröder sie empfiehlt, hat A. Martin mit sehr gutem Erfolge durchgeführt: neben den in seinem Vortrag angeführten Fällen von Recidiven aus den zurückgebliebenen Ovarien und Tuben hat er viel häufiger das Ausbleiben solcher Recidive, dafür aber die Fortdauer der weiblichen Funktionen gesehen. Ja neben der s. Z. in der Diskussion des Schröder'schen Vortrages erwähnten Frau, welche nach einer solchen Resektion aus dem allein zurückgebliebenen Stumpf des einen Ovarium noch befruchtungsfähige Ovula producirte und wiederholt schwanger wurde, hat er z. Z. noch einen zweiten analogen Fall zu verzeichnen; die betr. Dame sieht in diesen Tagen dem normalen Ende ihrer Gravidität entgegen. Solche Resektionen sind keine »Künsteleien«, sie erhalten die weiblichen Funktionen der betr. Frauen und ersparen ihnen die Beschwerden, welche die akute Unterdrückung derselben verursachen. Oft sind die verdächtigen Veränderungen nach der Laparotomie, welche die weiter vorgeschrittenen Veränderungen in den anderen Organen im Becken beseitigt, jetzt einer medikamentösen Einwirkung zugänglich. Sind sie das nicht, lässt ihre Entartung sich nicht aufhalten, dann bietet die wiederholte Laparotomie die Ultima ratio. Aus den mitgetheilten Beobachtungen aber ergiebt sich, dass dieses letzte Mittel, trotz der Schwierigkeiten, welche sich ihm als Folgen der ersten Operation entgegenstellen, doch eine günstige Prognose bietet.

III. Herr Bröse: Zur intra-uterinen Chlorzinkätzung.

Bröse hat die intra-uterine Chlorzinkätzung in der Weise, wie sie zuerst von Rheinstädter in seinem Buch »Praktische Grundzüge der Gynäkologie« Berlin 1888, zur Behandlung des Gebärmutterkatarrhs seit 2 Jahren angewendet mit den besten Erfolgen.

Was die Methode anbetrifft, so bedient man sich einer Lösung von Chlorzink und Aqua destillat. āā zur Ätzung. Die Ätzungen werden im röhrenförmigen Speculum — nur in seltenen Fällen bedarf man der Simon'schen Specula und Anhakens der Portio mittels der Kugelzange — mittels einer mit Watte eng umwickelter Playfair'schen Aluminiumsonde ausgeführt. Nachdem man sich die Portio im Speculum eingestellt, die Richtung und Weite des Uteruskanales mit der Sonde bestimmt hat, führt man die in die Chlorzinklösung getauchte Sonde in die Uterushöhle ein, drückt sie sanft gegen die Wände an und entfernt sie nach einer Minute. Man muss sich bei der Einführung sehr beeilen, denn der Uterus kontrahirt sich auf den Reiz der Ätzung hin sehr schnell und tritt diese Kontraktion auf, bevor man den inneren Muttermund passirt hat, so muss man in den meisten Fällen den Versuch, in das Cavum uteri in dieser Sitzung zu kommen, aufgeben. Die Erosionen werden außerdem besonders mit der Sonde betupft. Nach der Ätzung saugt man die etwa aus dem Uterus herausfließende Flüssigkeit mit Wattebäuschen auf oder spült die Scheide mit Wasser aus, um eine Anätzung der Scheidenschleimhaut zu verhüten. Es werden diese Ätzungen alle 8 Tage, höchstens 2mal die Woche vorgenommen und kann man sie ruhig ambulant vornehmen. Manche Pat. haben nach den Ätzungen gar keine Beschwerden, manche mehr oder weniger starke Uteruskoliken. Üble Folgen hat der Vortr. nach den Ätzungen niemals gesehen, wenn die Pat. sich ordentlich hielten; Stenosen wurden nach diesen Ätzungen nicht beobachtet.

Bei frischeren Entzündungsvorgängen in der Umgebung des Uterus dürfen die Ätzungen nicht vorgenommen werden, bei älteren muss man sehr vorsichtig damit sein. Die Menstruation pflegt während der Behandlung verstärkt zu sein.

Dass die Schleimhaut des Uterus nach den Ätzungen nicht atrophirt, sondern zur Norm zurückkehrt, beweisen mehrere Fälle, welche unmittelbar nach Beendigung der Behandlung koncipirten.

Die günstige Wirkung der Chlorzinkätzung bei ihrer Ungefährlichkeit erklärt sich der Vortr. nicht allein aus der Art und Weise der Applikation, sondern vor Allem aus der Vorzüglichkeit des Ätzmittels und weist auf die Maaß'schen Versuche über die Aufhebung der Resorptionsfähigkeit von Wunden nach Ätzungen mit Chlorzink hin (Verhandl. des 8. Kongresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie). Außerdem wirken auf manche die chronischen Katarrhe begleitende Veränderungen des Uterus die ziemlich starken Uteruskontraktionen, welche nach der Ätzung auftreten, günstig.

Behandelt wurden mit den intra-uterinen Chlorzinkätzungen die chronische katarrhalische Endometritis mit ihren Veränderungen der Portio, den verschiedenen Formen der Erosionen — gerade diese heilen sehr schnell während der Behandlung — ferner die akute und chronische Uterusgonorrhoe, die Subinvolution.

Vortr. hält die intra-uterine Chlorzinkätzung in der That für eine Bereicherung der gynäkologischen Therapie und empfiehlt sie den Fachgenossen.

(Der Vortrag wird in extenso in der Deutschen medicinischen Wochenschrift erscheinen.)

Mit Rücksicht auf den von Herrn Ehlers angekündigten Vortrag über die Chlorzinkätzung bei Collumcarcinom wird die Diskussion über den Vortrag des Herrn Bröse vertagt.

---

4) **Frank Collins** (London). Cocain bei Erbrechen der Schwangeren.
(Lancet 1887. December 17. p. 1215.)

Bei einer 27jährigen Ipara, welche im vierten Monat schwanger war und welche neben andauernder Blutung an unstillbarem Erbrechen litt, wandte C. Cocain (10%)

in Form von Tampons an. Nach einmaliger Applikation verschwand das Erbrechen und kehrte nicht wieder. **Engelmann** (Kreuznach).

5) **John Phillips** (London). Cocain in der Geburtshilfe.

(Lancet 1887. November 26. p. 1061.)

In 2 Fällen von unstillbarem Erbrechen hat P. Cocain mit gutem Erfolge angewandt. Der eine betraf eine Ipara im 7. Monat, hier wurde 0,005 Cocain alle 3 Stunden gegeben. Nach 3 Tagen hörte das Erbrechen vollkommen auf; eine eigenthümliche Taubheit in der Zunge und dem Gaumen zeigte sich nach jeder Dose. In einem 2. Falle war der Erfolg weniger sicher. (Die Dosis erscheint jedenfalls als zu gering gegriffen. Ref.)

In 4 Fällen versuchte P. Cocain in der ersten Geburtsperiode. In 3 ließen die heftigen Schmerzen nach, in dem vierten fehlte jede Wirkung. P. ist der Ansicht, dass es nur beruhigend auf die Schmerzen wirkt, welche durch Zerrung der Nerven bedingt sind. Er wendet es in Form von Suppositorien an.

In 6 Fällen hat er das Mittel in der Austreibungsperiode angewandt, wie zu erwarten mit negativem Erfolg. Eben so war der Erfolg bei wunden Brustwarzen ein sehr zweifelhafter und rasch vorübergehender.

Engelmann (Kreuznach).

6) **Barton C. Hirst** (Philadelphia). Ein Beitrag zum Studium der diffusen hyperplastischen Entzündung des Endometrium nach der Geburt.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. December. p. 1264.)

H. hat einmal am Lebenden und weiter bei einer Sektion einen Zustand gefunden, von dem er annimmt, dass er noch nicht genau beschrieben sei. Nur Klotz habe unter dem Namen Deciduoma derselben Erwähnung gethan und Sänger 1877 in der Leipziger gynäkologischen Gesellschaft einen ähnlichen Fall als »Placentarrest« vorgezeigt. Die Frau war vor sieben Tagen leicht von einem gesunden Kind entbunden, die Placenta war spontan, in toto abgegangen; die Temperatur stieg unmittelbar nach der Entbindung. Bei der Sektion zeigte sich an der Placentarstelle eine dunkle Masse, dieselbe ragte 2 cm über dem Niveau der Schleimhaut hervor, hatte eine Länge von 8 cm, eine Breite von 6 cm. Die innere Oberfläche, an welcher die Placenta angeheftet war, war uneben. An der Peripherie war sie von der Uteruswand losgelöst. Unter dem Mikroskop zeigte sich, dass dieselbe aus fibrösem, maschigem Gewebe bestand, dessen Hohlräume mit geronnenem Blut angefüllt waren; an der inneren Oberfläche fanden sich Massen von Deciduazellen aus jungem Bindegewebe. **Engelmann** (Kreuznach).

7) **B. G. Godfrey.** Ein Fall von Superfötation.

(Lancet 1887. November 12.)

Zu einer 29jährigen IVpara wurde G. am 17. August gerufen. Dieselbe befand sich angeblich im 7. Schwangerschaftsmonat und war seit 12 Stunden kreißend. Bei der Untersuchung fand sich ein etwa $3^1/_2$ Monat alter Fötus in der Scheide liegend, welcher entfernt wurde. Der Uterus reichte zwei Finger breit oberhalb des Nabels, in demselben ließen sich deutlich die Bewegungen eines zweiten Fötus konstatiren. Die Placenta entleerte sich nicht, die Wehen ließen nach. Erst nach 4 Tagen begannen dieselben wieder und vor Ankunft des Arztes wurde eine Frucht in Steißlage geboren, welche unmittelbar nach der Geburt starb. Dieselbe mochte ungefähr 7 Monate alt sein, da die Nägel in der Bildung begriffen waren. Das Gewicht desselben betrug 4,25 Pfund. Die Nachgeburt des zweiten Kindes ging rasch ab, die des ersten war angewachsen und musste stückweise entfernt werden. Dieselbe maß etwa 3 Zoll im Durchmesser. **Engelmann** (Kreuznach).

8) **Lawson Tait** (Birmingham). Ein Fall von Hystero-Epilepsie erfolgreich durch Entfernung der erkrankten Uterusanhänge geheilt.

(Lancet 1887. December 17. p. 1213.)

Der Fall betraf die Frau eines bekannten Arztes in Rom. Dieselbe, 33 Jahre alt, hatte einmal geboren, dann noch einen Abort in Folge eines Falles von Peritonitis

gehabt, die sie 3 Monate an das Bett fesselte. Nach einem wiederholten Aborte trat wiederum Entzündung im Parametrium auf und seit dieser Zeit blieb die Kranke leidend; sie litt heftige Schmerzen, wurde hochgradig reizbar und schließlich traten, zuerst 1885, Konvulsionen auf, welche an Intensität stätig zunahmen und nun sich täglich mehrmals stundenlang wiederholten. Zuletzt traten Erscheinungen von Irrsein, Selbstmordversuche etc. hinzu, so dass Prof. Porro aus Mailand, welcher hinzugezogen wurde, die Anhänge des Uterus zu entfernen beschloss. Er gab jedoch nach Eröffnung der Bauchhöhle den Versuch auf, da Tuben und Eierstöcke fest verwachsen waren. Da alle Erscheinungen nach der Operation zunahmen, ging T. selbst nach Lugano, wo sich die Kranke aufhielt und machte seine Operation. Reizend naiv ist, wie er in seinem Bericht den Gatten sprechend einführt: wie T. mit wunderbarer Geschicklichkeit durch einen Einschnitt von 2 Zoll Länge ohne jede Schwierigkeit binnen genau $9^1/_2$ Minuten die Uterusanhänge beiderseits entfernt habe. Armer Porro!

Die Anhänge waren verwachsen, beide Tuben geschlossen, jede enthielt etwa einen Theelöffel heller Flüssigkeit. Heilung ohne Zwischenfall. Seit der Operation, 4 Monate, kein Recidiv der Erscheinungen.

Engelmann (Kreuznach).

9) **Truzzi** (Mailand). Künstliche Frühgeburt bei Beckenenge.

(Separatabdr. aus Gazz. med. ital. Lombardia 1887.)

Einige Geburtshelfer (Belluzzi, La Torre) schwärmen für diese Operation, andere verdammen dieselbe; in Mailand selbst waren die Resultate, die man in früheren Jahren im Gebärhause durch die künstliche Frühgeburt erhalten hatte, außerordentlich ungünstig; desshalb entschloss man sich ungern zu derselben. Verf. stellt in seiner Arbeit die 32 in den letzten Jahren operirten Fälle zusammen. Nur 2 Frauen starben an septischen Processen; 15 Kinder kamen todt oder sterbend zur Welt; 2 starben kurze Zeit nach der Geburt; 15 wurden lebend und gesund geboren; die Kindersterblichkeit wäre also nur 53,12%; jedoch zeigen die Protokolle der Anstalt, dass 35 Tage p. p. nur noch 7 von diesen 15 lebend geborenen Kindern am Leben waren.

Die Statistik der Operation hat sich somit bedeutend gebessert und wird Dank der antiseptischen Maßregeln stets besser werden, auch die Kindersterblichkeit wird voraussichtlich durch Einführung der »Couveuse« und des »Gavage« sich verringern; trotzdem ist Verf. gegen die Ausdehnung der Indikationen zur künstlichen Frühgeburt auf hochgradige Beckenverengung; wo der Kaiserschnitt, der in den letzten Jahren so gute Resultate gegeben hat, mehr am Platze ist.

Verf. fand (mit Tibone in Turin), dass durch die Krause'sche Methode, wenn die Operation vollständig aseptisch ausgeführt wurde, nur sehr langsam und spät Wehen hervorgerufen werden.

Wenn sich während der Operation ein septischer Process einleitet, so werden die Wehen, je nachdem der Process ein leichter oder ein schwerer war, stürmisch (leichte Fälle), oder es tritt ein vollständiger Wehenmangel ein.

Liebman (Triest).

10) **Pinard** (Paris). Über die Mittel zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

(Bullet. med. 1887. November 9.)

P. redet dem Tarnier'schen Verfahren das Wort. In 20 Fällen von künstlicher Frühgeburt wurden 15 (7 Primipara und 8 Multipara) mit Erfolg mittels der Tarnier'schen Methode behandelt; in allen Fällen genügte jedes Mal ein Ballon.

W. Nagel (Berlin).

11) **Lauro** (Neapel). Doppelte Darminvagination beim Fötus.

(Annali di ostetricia etc. 1887. Juli—August.)

Ein reifer Knabe wurde durch Wendung und forcirte Extraktion (plattes Becken, C. v. 7,5) sterbend geboren. Bei der Sektion fand man zwei Intussusceptionen des Dickdarmes; die obere am Colon descendens war eine vollständige, der

obere Theil des Darmes (Intussusceptum) ragte vollständig in das Lumen des unteren Theiles (Intussuscipiens) hinein: 20 mm tiefer fand man die zweite Intussusception, die aber unvollständig, nur halbkreisförmig war, da sie nur die vordere Hälfte des Rohres betraf.

Verf. bespricht diesen seltenen Befund nach allen Richtungen und glaubt, dass derselbe im gegebenen Falle durch Druck auf den Schädel (Asphyxievermehrung der Peristaltik) entstanden sein könne. **Liebman** (Triest).

12) **Chiarella** (Siena). Ovarialhernie.

(Bollett. della sez. dei Cultori delle sc. med. Siena 1887. Fasc. VII.)

Die 33jährige Frau (Mehrgebärende) hatte schon in ihrer Kindheit ein Bruchband getragen; durch viele Jahre betrachtete sie sich als gesund. Erst seit einem Jahre war eine Geschwulst wieder in der rechten Leistengegend erschienen, die in den letzten Wochen schmerzhaft wurde und nicht mehr reponirt werden konnte. Die Hernie war deutlich fluktuirend, während der Menses weder größer noch empfindlicher. Die Gebärmutter stand etwas tiefer, laterovertirt, das Collum war gegen links verschoben. Bei der Radikaloperation eröffnete man zuerst den Bruchsack, der etwa 30 g einer serös blutigen Flüssigkeit enthielt. Am O. ext. des Leistenkanales lagen das Ovarium und das Abdominalende der Tube, beide waren am Ostium inguinale angewachsen. Entfernung derselben. Rasche Heilung. (Ein Drittel des Ovarialgewebes war normal, der übrige Theil in eine Blutcyste verwandelt, in welcher man noch Reste eines Corpus luteum vorfand.

Liebman (Triest).

13) **Lauro** (Neapel). Kindliches Becken.

(Vorläufige Mittheilung. Annali di ostetricia etc. 1887. Juli—August.)

Verf. hat 24 Becken untersucht (7 frühgeborene, 11 reife neugeborene Kinder, 1 einmonatliches, 3 zweimonatliche, 1 sechsmonatliches und 1 zweijähriges Kind); 5mal war die Conjugata größer als der Querdurchmesser; 16mal war letzterer länger als die Conjugata; 3mal waren sie gleich lang. Im Allgemeinen hat bei Mädchen der Beckeneingang eher eine ovaläre, bei Knaben eine dreiwinklige Form.

Liebman (Triest).

14) **Piperno** (Vaglia). Laparotomie an einem Neugeborenen.

(Sperimentale 1887. December.)

Der Knabe war reif und kräftig; entsprechend der velamentösen Insertion der Nabelschnur bestand ein 5 cm langer elliptischer Defekt der Bauchdecken; durch die Lücke sah man die bloß vom Bauchfell bedeckten Eingeweide. In der Überzeugung, dass das Kind ohnehin rettungslos verloren war, versuchte Verf. die Anfrischung der Bauchspaltenränder und die Annähung derselben an einander. Es wurde im December in einer ungeheizten Bauernstube operirt unter Assistenz einer Hebamme! Als sich Verf. aber anschickte, die ersten Suturen anzulegen, schrie das Kind gewaltig; es barst das Peritoneum und die Eingeweide stürzten massenweise hervor. Reposition derselben, sodann sorgfältige Sutur der Bauchdecken. 12 Stunden p. o. urinirte das Kind spontan. Abends erfolgte Stuhl durch eine kleine Irrigation. Die Temperatur überschritt um ein Geringes 37. Ca. 28 Stunden p. o. fiel die Temperatur beträchtlich und es erfolgte der Tod. Sektion wurde nicht gestattet. Verf. glaubt, dass die Erkältung der Eingeweide die Hauptursache des Shocks gewesen sei und muntert die Kollegen zu einschlägigen Operationen auf.

Liebman (Triest).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 29. Sonnabend, den 21. Juli. 1888.

Zur Behandlung der Hyperemesis gravidarum.

Von

Dr. **Günther**, deutscher Kurarzt in Montreux.

Angeregt durch die Arbeit Jaffé's in der Sammlung klinischer Vorträge No. 305 über diesen Gegenstand und in freundlichster Weise von dem Autor selbst aufgefordert, erlaube ich mir in Kürze an dieser Stelle über einen Behandlungsmodus zu berichten, der mir überraschende und durch die Promptheit seines Eintretens mit Sicherheit als von der Behandlung selbst abhängig erscheinende Wirkungen ergeben hat.

Meine Erfahrungen beziehen sich auf 5 Fälle von Hyperemes. gravid., wovon schon 3 in den von Jaffé als II. Stadium bezeichneten Symptomenkomplex eingetreten waren. Allen 5 Fällen war gemeinsam, dass am Uterus und Adnexen keinerlei pathologische Verhältnisse nachgewiesen werden konnten. Das Leiden betraf 4 Primipara und 1 IIIpara. Diese letztere hatte in ihrer ersten Gravidität an Erbrechen gelitten; in der II. blieb sie davon verschont; dagegen war in den ersten 4 Monaten ein unerträglicher Pruritus an den Streckseiten der großen Gelenke aufgetreten. In sämmtlichen Fällen war der Beginn des Vomitus ein allmählicher, bald schneller, bald langsamer anwachsender. Vorübergehende Besserung konnte wohl durch Regulirung der Diät da und dort erreicht werden, doch ohne dauernden Bestand. Auch Narkotica hatten nur vorübergehenden Erfolg.

Bei dem Mangel irgend eines pathologischen Befundes musste der zwar schon längst angenommene Reflexakt zwischen Uterin- und motor. Magennerven um so zwingender in den Vordergrund eines Erklärungsversuches treten. Das Asthma bei Schwellungen der Rachentonsille, die Relationen zwischen Kopf und Magennerven und ganz besonders die vielgestaltigen anderweitigen, auch auf vasomotorischem Gebiet sich abspielenden Relationen zwischen der weiblichen Sexualsphäre und dem übrigen Organismus beweisen, dass der Vomit. gravidar. durchaus kein Unicum

ist und vereinzelt dasteht. Die zahlreichen Fälle von Hyperemesis, allerdings mäßigen Grades, die ohne jede Behandlung nach einer gewissen Zeit verschwinden, erzählen etwas wie von Angewöhnung der Uterinnerven an den chronisch gewordenen Reiz. Andererseits, — es ist vielleicht Zufall — habe ich bei intensiveren Formen nie eine deutliche Nervosität im Allgemeinen vermisst, oder wenigstens deren deutlichen Bestand im nicht graviden Zustande nachweisen können. Diese Argumente brachten mich schon beim ersten Fall vor mehreren Jahren auf die Vermuthung, dass es sich da möglicherweise um einen ähnlichen Vorgang handele, wie wir ihn auf dem Gebiet der sensiblen Nerven als Neuralgie bezeichnen. Es soll ja funktionelle Neuralgien geben; aber wir brauchen sie nicht einmal. Anatomische Basis ist für die in Rede stehende Affektion genug da. Ein Uterus, der sich um das 10- und 20fache seines ursprünglichen Volumens vergrößert, reicht hin für die Bezeichnung einer greifbaren Basis. Wenn dem entgegengehalten wird, das normaliter, trotz Schwangerschaft, kein Erbrechen eintrete, dass also die Vergrößerung des Uterus irrelevant sei, so stehen dieser Ansicht gerade die Fälle mit Hyperemesis gegenüber, wo eben nur die Vergrößerung des Uterus die Schuld tragen kann, da im nicht graviden Zustand kein Vomitus vorhanden ist. Ich betrachte diese von den Uterinnerven ausgehenden, und in den motorischen Magennerven zur Erscheinung kommenden Reize als Parallelen der bekannten sogenannten Reflexneuralgien und Krämpfe. Von diesem Standpunkt aus fällt sofort das Eigenthümliche in der bisher überwiegend gepflogenen Behandlung des in Rede stehenden Leidens auf. Man ist immer noch bestrebt, in erster Linie den Magen in Behandlung zu nehmen. Man sucht damit lediglich das entfernt auftretende Symptom zu beeinflussen und die Ursache wird mehr oder weniger als noli me tangere betrachtet. Vielleicht liegt darin die ziemliche Erfolglosigkeit der bisherigen Therapie. Ich habe mich desshalb an die vermuthliche Ursache gemacht, und war überrascht von dem Effekt. Ich wiederhole aber, es sind nur 5 Fälle, und ich bin weit entfernt davon, zu behaupten, dass, weil es hier geholfen hat, es auch fernerhin immer so sein werde. Da sind wir über das Wesen des Leidens noch viel zu sehr im Unklaren. Wahrscheinlich aber wird gerade in diesen Dingen die Erkenntnis des Wesens hauptsächlich ex juvantibus erschlossen werden müssen.

Ich applicirte die Anode eines konstanten Stromes (in Form eines Schwammes in einer mit Gummi überzogenen Metallhülse, wie sie ähnlich früher vielfach in Gebrauch waren) auf den Cervix und die benachbarten Scheidengewölbe. Die Kathode kam als 10 : 20 cm große Platte auf die Gegend des 8.—12. Rückenwirbels zu liegen. Um jede Gefahr wegen Abort sicher zu umgehen, gilt auch hier, wie überhaupt in der Elektrotherapie der Satz, dass nur rasch entstehende und vergehende Ströme Reize bilden und erregend wirken. Man hat desshalb darauf zu achten, dass die Ströme mittels Edelmann'schem Galvanometer und gutem Rheostat (am besten Graphitrheostat) ein- und ausgeschaltet werden. Ich habe nie über 5 Milliampères Stromstärke angewandt. Für den Beginn genügen schon $2^1/_2$—3. Dauer einer Sitzung 7—10 Minuten.

Wie man oft Neuralgien plötzlich nach passender elektrischer Behandlung für eine geraume Dauer verschwinden sieht, so ging es mir auch mit dem Erbrechen. Bei täglicher Sitzung (die Pat. blieben zu Bett) war in sämmtlichen 5 Fällen nach 4 Tagen längstens das Erbrechen sistirt. Wohl trat dann und wann noch Nausea ein, doch immer seltener werdend. In sämmtlichen Fällen wurde die Zahl der Vomitusanfälle pro die, von Beginn der Behandlung an, bedeutend reducirt, und besonders instruktiv erschien mir ein Fall, in welchem die Pat. selbst angab, dass die Intensität des Würgens bedeutend schwächer geworden sei. Ich habe die Behandlung aus Gründen der Prophylaxe dann noch einige Woehen 2mal wöchentlich fortgesetzt. Natürlich ist es aber unmöglich zu sagen, ob das Erbrechen weiterhin post hoc, oder propter hoc ausgeblieben war, da es auch spontan späterhin zurückbleiben konnte.

Ich glaube nicht, dass alle Fälle von Vomit. gravid. die gleiche Ursache haben. Es mögen wohl auch tiefer greifende Alterationen einmal vorhanden sein, die der Wirkung des galvanischen Stromes trotzen, andererseits kann die nervöse Basis

sich als so tief eingewurzelt erzeigen, dass die nöthige Dauer für eine effektvolle Behandlung diejenige der Schwangerschaft übertreffen müsste. Auch darf nicht vergessen werden, dass man nicht mit zu großer Stromstärke arbeiten kann, aus Furcht, an dem sich auflockernden Cervix elektrolytische Wirkungen hervorzubringen, welche von sich aus einen Reiz zu Abort einleiten könnten; Gründe genug, um vorläufig noch nicht zu glauben, dass in der angeführten Methode das Letzte gethan sei, um diese lästige und oft gefahrvolle Komplikation zu eliminiren.

---

1) **H. Fritsch** (Breslau). Zur Klärung der Puerperalfieberfrage.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 11 u. 12.)

F. präcisirt in dem ersten Theil des vorliegenden Aufsatzes seinen Standpunkt in der während der letzten Jahre viel diskutirten Frage der puerperalen Selbstinfektion. Derselbe ist ein vermittelnder und dadurch der richtige. F. giebt die Möglichkeit einer Selbstinfektion zu, so weit man diese Bezeichnung auf Fälle anwendet, bei welchen die außen an der Körperoberfläche oder innen an der Scheidenoberfläche haftenden Kokken in eine puerperale Wunde gelangen, die Wundsekrete zur Fäulnis bringen, Ptomaine bilden und Resorptionsfieber bedingen. Dieser stehen jene gegenüber, wo durch die Hand oder das Instrument des Operateurs eine infektiöse Masse in die Wunde eingeimpft oder in dem Wundsekret deponirt wird, »Infektion von außen«. Mit Recht macht aber F. auf das Missliche beider Bezeichnungen aufmerksam. Es lässt sich zwischen ihnen nicht scharf unterscheiden. Sind doch auch die die Selbstinfektion bedingenden Bakterien nicht von vorn herein im Körper, sondern gelangen erst von außen in ihn hinein. Auch hier liegt also eigentlich eine Infektion von außen vor. F. ging daher, um diese Unklarheiten zu vermeiden, von einem anderen Gesichtspunkte aus; er versuchte eine Eintheilung der Puerperalkrankheiten nach der Art oder Eigenschaft oder der Wirkung der inficirenden Kokken und wählte die Namen: Nichtpathogene und pathogene Infektion. Doch fühlt er selbst sich auch von diesen nicht befriedigt, da bei nicht pathogener Infektion unter ungünstigen Verhältnissen (z. B. wenn bei einer Entbindung ein großer Einriss in Portio und Scheide entsteht, die Wunde durch eine mit Bakterien bedeckte Oberfläche verläuft, die Sekrete und Wundflächen inficirt werden, wenn demnach diese Infektion bei der schwierigen Lokalität, bei der Unmöglichkeit spontaner Reinigung und spontanen Abflusses zu einer fortschreitenden Entzündung Veranlassung giebt, so tritt Lebensgefahr ein) der Organismus dieser erliegen, andererseits eine pathogene Infektion bei geeigneter Therapie geheilt werden kann, schließlich, weil nicht etwa nur zwei Bakterienformen, sondern höchst wahrscheinlich eine Unzahl verschiedener Species in Betracht kommen.

So lassen sich vorläufig noch gegen jede Nomenclatur und Eintheilung Einwände erheben. Es wird daher das Beste sein, die Wochenbettkrankheiten nicht nach der Ätiologie, sondern nach den

klinischen Erscheinungen einzutheilen. Erst allmählich werden sich bei genauer Untersuchung jedes einzelnen Falles, sowohl des Blutes wie der Wundsekrete auf Kokken, durch Kulturen derselben und Experimenten mit den letzteren allgemeine Gesichtspunkte ergeben.

Die Prophylaxe muss stets nach zwei Richtungen hin ausgeübt werden, erstens Desinfektion der Hände und Instrumente. Hier haften die pathogenen Kokken; eine sehr vollkommene Desinfektion ist aber möglich. Zweitens die Desinfektion der Kreißenden, welche nicht so vollkommen zu erzielen ist; die hier in Betracht kommenden Bakterien sind aber ungefährlich, nicht pathogen.

II. Die puerperale Infektion in foro.

In dem 2. Abschnitt seines Aufsatzes unterzieht sich F. der dankenswerthen Aufgabe festzustellen, wann eine Hebamme, welche eine Wöchnerin an Puerperalfieber verliert, wegen fahrlässiger Tödtung verurtheilt werden darf. Er fordert hierzu, dass 3 Punkte völlig klargelegt sind. 1) Die Quelle der Ansteckungsstoffe muss festgestellt sein; 2) die Unterlassung der Desinfektion muss bewiesen werden; 3) eine andere Todesursache als die Puerperalkrankheit muss geleugnet werden können.

Was den ersten Punkt betrifft, so wird die Übertragung puerperalen Giftes allein nicht bewiesen werden müssen. Auch der Nachweis, dass die Hebamme mit anderen septischen Stoffen in Berührung gekommen und sich trotzdem nicht genügend desinficirt hat oder, dass sie selbst an einem infektiösen Übel, z. B. einem Panaritium eines Fingers und dgl. m. leidet, würde genügen. Die Unterlassung der Desinfektion ist meist nicht schwierig zu beurtheilen. Die einfache Behauptung einer Hebamme, sie habe sich desinficirt, ist belanglos. Die Desinfektion muss wenigstens in der Wohnung der Kreißenden vorgenommen worden sein und die Hebamme muss sich über die Fähigkeit, eine desinficirende Lösung zu bereiten, ausweisen können.

Der dritte Beweis gegen die Hebamme setzt sich aus Anamnese, Krankenbeobachtung und Sektionsergebnis zusammen. Bei letzterem ist es wichtig, dass eine andere Todesursache wie Phthise, Pneumonie, Herz- oder Nierenkrankheit ausgeschlossen werde.

Ist also die Infektionsquelle, das Unterbleiben der Desinfektion, das Fehlen einer anderen Todesursache als Kindbettfieber nachgewiesen, so ist die Hebamme nach § 222 der fahrlässigen Tödtung schuldig.

Graefe (Halle a/S.).

---

2) **A. Pawlowsky** (St. Petersburg). Über die Mikroorganismen des Erysipels.

(Berl. klin. Wochenschrift 1888. No. 13.)

P. hat die bekannten Fehleisen'schen Versuche wiederholt mit der Modifikation, dass er das Material für seine Kulturen sich nicht durch ausgeschnittene Stückchen menschlicher Haut verschaffte, son-

dern mittels Platinöse aus einer kleinen Schnittöffnung einer erysipelatösen Haut entnahm. Typische Resultate wurden nur bei Kaninchen, nicht bei den anderen Versuchsthieren gewonnen. Sie deckten sich mit den von Fehleisen erhaltenen vollständig.

Weitere Versuche P.'s ergaben mit Bestimmtheit, dass durch Überimpfung von Erysipelkokken nur die Erscheinungen des Erysipels, nie Eiterung oder Gangrän hervorgerufen werden, selbst dann nicht, wenn man sie in die Blutbahn oder den Pleurasack einführt. In letzterem aber treten, eben so wie im Pericard, fibrinöse Entzündungen auf. Diese Ergebnisse decken sich mit denen der mikroskopischen Untersuchung der erysipelatösen Haut des Menschen und des Kaninchen. Immer finden sich die Erysipelkokken nur in den Lymphzellen, nie in den Blutgefäßen. Hierdurch unterscheiden sie sich vom Streptococcus pyogenes.

P.'s Untersuchungen über die biologischen Eigenschaften der Erysipelkokken ergeben, dass weder Anwendung von Kälte noch Abschließung von Licht ihre Entwicklung aufzuhalten vermag. Sublimat (1:1000) tödtet sie; eben so 1%iges Kali hypermang. und 90%iger Alkohol. Trichlorphenol, Chinin, Tct. Jodi, Liq. ferr. sesquichlor. hindern das Wachsthum. 2%ige Karbolsäure ist unwirksam.

Graefe (Halle a/S.).

---

3) **M. Majek** (Wien). Über die Mikroorganismen des Erysipels.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 14.)

H. konstatirt, dass er bereits vor 1½ Jahren durch eigene Untersuchungen zu denselben Ergebnissen, wie Pawlowsky in der vorstehend referirten Arbeit gelangt ist. Er hat dieselben in den Wiener med. Jahrbüchern 1887 veröffentlicht. **Graefe** (Halle a/S.).

---

4) **A. Kast** (Freiburg i. B.). Sulfonal, ein neues Schlafmittel.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 14.)

In dem Sulfonal (Diaethylsulfondimethylmethan $= (CH_3)_2 = C = (SO_2\, C_2\, H_5)_2$) scheint nach K.'s und Prof. Cramer's (Marburg) an über 60 Kranken (300 Einzelbeobachtungen) angestellten Versuchen ein vorzügliches Schlafmittel gefunden zu sein. Angewandt wurde es bei »nervöser« Schlaflosigkeit, bei neurotischen Personen oder bei Pat., deren cerebrale Übererregbarkeit einem organischen Hirnleiden ihre Entstehung verdankte, des Weiteren bei Greisen mit unzureichendem Schlaf, ferner bei febriler Schlaflosigkeit in akuten Krankheiten, schließlich auch bei Herzkranken und bei einem alten Manne mit seniler Demenz und äußerst lebhaften Delirien. Fast ausnahmslos trat innerhalb ½—2 Stunden nach Einnahme des Mittels (1,0 bis 2,0 in Oblate oder in einer Aufschwemmung von Wasser in den frühen Abendstunden) ein ruhiger und fester Schlaf von 5—8stündiger Dauer ein. Alle Pat. erwachten erquickt, ohne die geringsten

unangenehmen Folgeerscheinungen. An Puls und Respiration der Schlafenden war keine Veränderung wahrzunehmen.

Versuche mit anderen Disulfonen ähnlicher Struktur ergaben weniger günstige, z. Th. in verschiedener Beziehung ungünstige Resultate. Das Sulfonal selbst wird von der Farbenfabrik von Fr. Bayer u. Comp. in Elberfeld hergestellt. **Graefe** (Halle a/S.).

---

5) **G. Rabbas** (Marburg). Über die Wirkung des Sulfonals.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 17.)

R. berichtet über die Erfahrungen, welche in der Marburger Irrenanstalt mit dem Sulfonal gemacht worden sind. Es wurde dort in 27 Fällen, welche den verschiedensten Krankheitsgruppen angehörten, fast ausnahmslos mit Erfolg gegeben. Im Original sind die Krankengeschichten in Kürze mitgetheilt.

Da die Schlussfolgerungen, welche R. aus seinen Beobachtungen zieht, im Wesentlichen dieselben sind, wie die Kast's in dessen vorstehend referirten Arbeit, so kann auf eine Wiedergabe an dieser Stelle verzichtet werden. **Graefe** (Halle a/S.).

---

6) **H. Kreutzmann** (San-Franzisko). Einige Bemerkungen zur Lachgas-Sauerstoff-Anästhesie bei Entbindungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 17.)

K. empfiehlt die Lachgas-Sauerstoff-Anästhesie für die Geburtshilfe aufs wärmste. Eigene Erfahrungen haben ihn überzeugt, dass die Selbstbereitung des N_2O, wie sie Doederlein (cf. Ref. 1885 No. 41) empfohlen, keineswegs eine Ersparnis bedeutet. Er kauft es daher komprimirt (in Deutschland bei Ash and Sons, Berlin ca. 400 Liter zu 25 Mark zu erhalten) und fabricirt nur O selbst. Doch hält er es für wohl durchführbar, die Bereitung des O dem Apotheker zu überlassen.

Zu einer Entbindung hätte dann der Arzt mitzunehmen seine Flasche mit komprimirtem N_2O, den Inhalationsapparat und einen größeren Gummisack mit einer abgemessenen Menge O. In diesen wird dann an Ort und Stelle die erforderliche Quantität N_2O zugelassen. K. berechnet den Preis von 200—250 Liter der Gasmischung auf 10—15 Mark. Er glaubt mit Recht, dass viele besser situirte Frauen eine Mehrausgabe von 20—30 Mark tragen werden, wenn ihnen durch dieselbe eine nahezu schmerzlose Entbindung verschafft wird.

Zum Schluss empfiehlt K. das Gasgemisch nicht nur während der Geburt, sondern auch zur Ausführung des Credé'schen Handgriffes zu verwenden. **Graefe** (Halle a/S.).

Kasuistik.

7) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

134. Sitzung am 1. März 1888.

Vorsitzender: Herr J. Schramm; Schriftführer: Herr Schmidt.

Vor der Tagesordnung zeigt Herr Schramm einen kleinwalnussgroßen Abscess des linken Ovarium. Das Präparat stammt von einer 36jährigen Frau, die 4 Kinder ausgetragen und 6mal, gewöhnlich im 1. und 2. Monat, abortirt hat. Wegen jahrelanger, nicht zu beseitigender Beschwerden in Folge hochgradiger Retroflexio uteri wurde am 29. Februar 1888 die Ventrofixatio uteri vorgenommen und dabei das vergrößerte und vereiterte Ovarium entfernt. Glatter Verlauf. Heilung.

I. Herr Schramm: Über die diaphanoskopische Untersuchung der weiblichen Beckenorgane, mit Demonstration seines neuen Diaphanoskops.

Nach einem kurzen historischen Überblick über die Entwicklung der Beleuchtungs- und Durchleuchtungsmethoden erinnert der Vortragende an den von ihm konstruirten Apparat, dessen praktische Anwendung er am 4. März 1876 in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden an 2 Frauen demonstrirt hat (s. Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin No. 32 1876). Fand diese Methode in ärztlichen Kreisen der geringen Leuchtkraft (Platinlicht) und der begrenzten Anwendbarkeit wegen keine genügende praktische Verwerthung, so konnte der Vortragende doch das Verdienst beanspruchen, die Beleuchtung von Körperhöhlen durch seine Versuche zu jener Zeit von Neuem angeregt zu haben. So wurde Dr. Nitze, der damalige Assistent am Stadtkrankenhause in Dresden, dadurch veranlasst, sich mit der Beleuchtung der Blase zu diagnostischen Zwecken zu beschäftigen. Nitze benutzt bei seinem Kystoskop die von Redner angegebene Wasserleitung zur Verhinderung der Erhitzung durch den glühenden Platindraht und ignorirt in seinen Publikationen die vorausgegangenen ähnlichen Versuche des Vortr. Nach denselben Principien konstruirten noch Andere — Ärzte (Mikulicz, Leiter) und Instrumentenmacher — Beleuchtungsapparate für den Magen.

Nachdem in der letzten Zeit große Fortschritte in der elektrischen Beleuchtungstechnik gemacht worden, nahm der Vortr. seine jahrelang ruhenden Versuche wieder auf. Von der Firma Reiniger, Gebbert und Schall in Erlangen ließ er nach seiner Angabe ein neues Instrument anfertigen, in welches eine elektrische Swanlampe an Stelle des Platinlichtes gesetzt wurde. Noch in unvollkommenem Zustande wurde das Modell von dem Vertreter der Firma auf dem ersten Gynäkologenkongress in München in Abwesenheit des Redners unbefugter Weise gezeigt. Es fehlte hauptsächlich die Wasserleitung, da das Instrument der leichten Erhitzung wegen nur wenige Minuten im Körper gelassen werden konnte. Die schon bei dem alten Instrumente bewährte Wasserleitung ermöglichte ein beliebig langes, gefahrloses Verweilen im menschlichen Körper. Es ist desshalb auf das sorgfältigste bei der Untersuchung zu achten, dass keine Stockung in dem Zu- und Abfluss des kalten Wassers erfolgt, da sonst eine Verbrennung der inneren Theile erfolgen könnte, was bei aufmerksamer Regulirung der Wasserleitung absolut unmöglich ist. Obgleich mit dem neuen Instrument wieder ein Fortschritt in der Vervollkommnung der diaphonoskopischen Untersuchungsmethode gemacht worden, so bezeichnet der Vortragende seine heutige Demonstration doch noch als eine Phase in der weiteren Entwicklung dieses Verfahrens. Die Anwendung des Diaphanoskops unterliegt nicht unwesentlichen Beschränkungen. Besonders günstige Verhältnisse sind dünne, nachgiebige, nicht empfindliche Bauchdecken. Starke fettreiche Bauchdecken erschweren die Durchleuchtung. Wenn diese Methode bis jetzt auch nicht so weit gediehen ist, dass verschiedene krankhafte Veränderungen des Uterus und seiner Adnexe durch den Schattenriss zu erkennen sein werden, so ist dadurch wenigstens eine größere oder kleinere Blutfülle der Unterleibsorgane, verschiedenen Blutfarbenüancen entsprechend, nachzuweisen. Eine größere Bedeu-

tung könne der Diaphanoskopie bei Krankheiten des Bauchfells zukommen. Ein unregelmäßiges Beleuchtungsfeld mit dunklen Flecken und Streifen spräche für Verdickungen, Neubildungen, Cysten, Tuberkeln, subseröse Lipome und Pigmentablagerung des Peritoneums.

Vortr. demonstrirt alsdann an 2 Frauen die Anwendung des Diaphanoskops. Eine ausführliche Veröffentlichung des Instrumentes nebst den damit erzielten Resultaten wird in Aussicht gestellt.

II. Herr Leopold demonstrirt mehrere von ihm entfernte Geschwülste.

1) Eine Parovarialcyste.

Sie stammt von einer 39jährigen Frau, welche 4mal rechtzeitig geboren und 3 Aborte durchgemacht hatte.

Seit mehreren Monaten klagt Pat. über hartnäckige Verstopfung, Schmerzen beim Wasserlassen und lebhafte Kreuzschmerzen, welche auf eine harte, derbe Geschwulst zurückgeführt werden musste, die gerade hinter der Gebärmutter liegt, fest auf den Mastdarm drückt und sich mit ihrem unteren Abschnitt in das Scheidengewölbe vordrängt. Der Tumor ist von Apfelsinengröße, empfindlich, anscheinend beweglich, er erstreckt sich bis zum Gebärmuttergrund, reicht aber seitlich nicht ganz bis zur Beckenwand. Bei der Untersuchung in Narkose sind beide Eierstöcke schwer nachzuweisen, am sichersten noch der linke, welcher links von der Geschwulst dem Scheidengewölbe genähert liegt.

Diagnose: Rechtsseitiger Tubenhydrops oder halbsolide Geschwulst des rechten Eierstocks.

Bei der Operation am 23. Februar zeigte sich, dass die Geschwulst eine rechtsseitige Parovarialcyste war mit äußerst feiner Wandung und von wasserklarem Inhalt, welcher aber unter so starkem Druck stand, dass er von Fluktuation keine Spur darbot, sondern den Eindruck einer ganz harten, derben Geschwulst machte.

Die Entfernung der Neubildung war leicht. Es wurde der Stiel mit der Tube in deren Mitte so abgebunden, dass der rechte gesunde, der Geschwulst unten lose anhängende Eierstock zurückgelassen werden konnte. Verlauf ungestört.

2) Einen Uterus von Faustgröße, mit einem interstitiellen Myom in der vorderen Wand, entfernt von der Scheide aus.

Die 43jährige Kranke leidet seit mehreren Jahren an schweren Blutungen, ist außerordentlich anämisch, ganz entkräftet, von wachsbleicher Hautfarbe und von dürftiger Ernährung. Eine Ausschabung der Uterushöhle Januar 1887 in der Klinik war nur von kurzem Erfolg. Bei der Untersuchung zeigt sich jetzt, dass ein Myom von mindestens Hühnereigröße in der vorderen Wand sitzt und dass bei der geringsten Berührung der Uterushöhle sofort stärkere Blutung auftritt.

Da sich eine Ausschälung des Tumor von der Scheide aus eben sowohl, wie nach Eröffnung des Leibes von oben her mit Rücksicht auf die bedeutende Anämie als zu gefährlich erwies, wurde vorgezogen, den ganzen myomatösen Uterus von der Scheide her zu entfernen, welches Redner nach seiner von ihm im Archiv für Gynäkologie (30. Bd.) beschriebenen und abgebildeten Methode am 26. Februar ausführte.

Zunächst wurde die sehr enge Scheide — Pat. hatte nicht geboren — jederseits von der Mittellinie der Länge nach bis in den Damm tief eingeschnitten, dann die Blase abgelöst und hoch hinaufgeschoben, ferner das Scheidengewölbe hinten und seitlich umschnitten und das Collum bis weit über den inneren Muttermund durch einfaches Herunterziehen des Uterus stumpf abgelöst. Nun erst wurden jederseits mit 2 Ligaturen die Zweige der Arteriae uterinae umstochen und abgebunden und dann der ganze myomatöse Uterus aus seinen Verbindungen unter weiterem Ablösen des Peritoneum fast blutlos entfernt.

Ausfüllung der Wundhöhle mit Jodoformgaze. Ganz ungestörter Verlauf. Wesentliche Zunahme der Kräfte.

Ein nachträglicher Versuch am Präparat, das Myom nach Einschneiden von außen her aus seinem Bett auszulösen, wie es bei der Laparotomie hätte versucht werden können, lehrte, dass das Myom so dicht unter die Uterusschleimhaut sich

vorgedrängt hatte, dass selbst bei vorsichtigster Ablösung des Myoms doch ein ungefähr 1 cm großer Einriss in die Schleimhaut erfolgte. Es würde demnach die Vernähung der Geschwulstkapsel durch die geöffnete Gebärmutterhöhle gefährdet worden sein.

3) Einen carcinomatösen, von der Scheide her total entfernten Uterus.

Operation wie im vorigen Falle. Glatter Verlauf.

III. Herr Klotz zeigt drei große Kystofibrome.

Der erste Tumor ist ein vollkommen gestielter. Die Hohlräume haben die Größe bis zu einer Apfelsine, sein Gewicht beträgt 38 Pfund. Der für inoperabel erklärte Tumor wurde von einem Heilkünstler massirt und war dadurch eine Blutung in das Peritoneum herbeigeführt worden, die schließlich zur Thrombose der Tumorvenen und der Vena iliaca sin. geführt, und so zur Exstirpation gezwungen hatte. Die Venen des Stieles hatten die Ausdehnung eines Dickdarmes. Heilung reaktionslos.

Der zweite Fall demonstrirt die Entstehung einer 10 Liter enthaltenden Cyste durch eine Blutung in das Fibroid. Pat. stand seit 10 Jahren unter Beobachtung. Ein kindskopfgroßes Fibroid machte ihr keinerlei Beschwerden. Vor 2 Jahren erkrankte sie plötzlich auf der Straße an heftigen Schmerzen und Collaps. Der Tumor wuchs binnen 2 Tagen bis zur Größe eines 9monatlichen graviden Uterus und blieb schließlich in Mannskopfgröße bestehen. 4 Wochen vor der Operation traten entzündliche Erscheinungen auf, die Untersuchung zeigte das mannskopfgroße Fibroid und eine daran liegende linksseitige Cyste, die vollkommen den Eindruck einer Hydronephrose machte. Da außerdem beide Mammae carcinomatös entartet waren, so wurde die Operation erst gemacht, als die Pat. dem Tode nahe war. Der Uterus enthielt außer dem großen noch ca. 10 kleinere Fibroide, die Cyste mit schokoladefarbigem Inhalte kommunicirte mit dem großen Fibroid. Der bis zum 4. Tage bestehende Ileus wurde durch Mageneingießungen gehoben. Verlauf von da an reaktionslos. 6 Wochen später wurden beide Mammae amputirt. Pat. ist ganz ohne Klagen.

Der dritte Fall betraf eine Riesencyste mit klarem serösen Inhalt von 12 bis 14 Liter; der fibröse Uterus hatte eine Schwere von 5 Kilo. Verlauf bei wie immer extraperitonealer Stielbehandlung ganz reaktionslos.

Weiter zeigte Herr Klotz einen Uterus, den er wegen Cervixcarcinom exstirpirt hat. 5 Stunden nach der Operation trat Koma auf, das 6 Tage, ohne Temperaturerhöhung, bestehen blieb. Die Ernährung wurde durch die Schlundsonde bewirkt. Von da an stellte sich Sepsis ein, die am 8. Tage den Tod herbeiführte. Harn war ohne Zucker und ohne Eiweiß. Die Menge vermindert. Sektion war leider nicht möglich. Höchst wahrscheinlich war bei einer Nachunterbindung ein Ureter mit abgebunden worden. Von 36 Totalexstirpationen sind ihm zwei, eine an Jodoformintoxikation, letal verlaufen.

Eine exstirpirte Eiterniere ist dadurch interessant, dass sie durch ihre bewegliche Lage zur Laparotomie verführte. Beim Fassen des Tumors entleerte sich derselbe und konnte auf diese Weise nicht entfernt werden. 3 Wochen später wurde der Lumbarschnitt gemacht. Verlauf reaktionslos, die Gummischnur stieß sich erst im 7. Monat los. 2 Wandernieren wurden angeheftet mit positivem Erfolg. In beiden Fällen wurde die Niere durch zwei faustgroße Jodoformgazetampons fixirt, die zwischen die Niere und die Rückenmuskulatur geschoben waren.

Ein 15 cm langes Darmstück stammt von einer Pat., die 3 Wochen lang an Ileus litt. Die Natur hatte es fertig gebracht, den invaginirten Darm per rectum auszustoßen und die Kranke zur vollkommenen Genesung zu führen.

Schließlich referirt Herr Klotz über eine Darmverletzung bei einer Laparotomie. Pat. hatte ein 5 Kilo schweres Ovarialsarkom, das 2 Jahre vorher von anderer Hand nicht entfernt werden konnte. Bei dem Einschnitt der durch Ascites enorm ausgedehnten Bauchdecken wurden 2 in der Länge von 15—18 cm angelötheten Dünndarmschlingen vollkommen durchschnitten. Nach Entfernung des Tumors wurden die Dünndarmschlingen wieder vereinigt, auch eine Incision, die

nothwendig erschien, um Klarheit über die Durchgängigkeit des Darmes zu schaffen, auch noch per Naht geschlossen. Der Verlauf war absolut reaktionslos, Pat. ist gesund und hat seitdem normal geboren.

---

8) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

367. Sitzung am 19. März 1888.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Sachse.

I) Herr Zweifel stellt eine 22jährige Frau vor, welche seit 2 Jahren verheirathet ist. Dieselbe war noch nie menstruirt. Die Sterilität und eine alle 4 Wochen wiederkehrende Blutwallung nach dem Kopf führte sie in die Klinik.

Im Alter von 15 Jahren erkrankte die Frau an einem schweren Typhus, der mit kühlen Bädern behandelt wurde. Da sie durch das Nervenfieber stark mitgenommen war, wurde das Ausbleiben der Menstruation auf eine zurückgebliebene körperliche Schwäche bezogen.

Der weibliche Habitus ist vollkommen zur Ausbildung gelangt. Das Gesicht ist ohne eine Spur von Bartbildung, der Brustkorb gracil, die Beckengegend und Schenkel normal weiblich. Wir haben auch das Becken gemessen und fanden normale Zahlen. Sp. 25, Cr. 28, Tr. 31. C. e. 20. Die Brust ist voll, jungfräulich. Am Mons veneris fällt die ungewöhnlich geringe Behaarung auf und um dies gleich hinzuzufügen, zeigte die Frau auch fast vollständigen Mangel von Haaren in der Achselhöhle. Die geringen Pubes waren im Übrigen dem weiblichen Typus entsprechend angeordnet, hörten am oberen Rand der Schambeime in einer ganz geraden Linie auf. Auf beiden Seiten waren in der Gegend des äußeren Leistenringes Inguinalhernien. Die Vulva war normal, die Scheide 9 cm lang, normal in Gestalt und Weite. Nun kam der überraschende Befund. Von einer Portio vaginalis war keine Spur vorhanden, die Scheide endete vollkommen blind. Bei genauer Untersuchung mit Simon'schen Spiegeln ist im Scheidengrund eine kleine strahlige Narbe zu sehen, doch nirgends eine Öffnung zu finden, selbst nicht mit den feinsten Sonden.

Bei der kombinirten Untersuchung fanden sich zunächst am Beckenrand entlang laufend die beiden Ureteren. An der Stelle der Narbe saß ein haselnussgroßes Gebilde von etwas derberer Beschaffenheit. Von diesem gingen in gleichmäßigem Bogen nach aufwärts und beiden Seiten strebend 2 tubendicke Stränge aus (die rudimentären Uterushörner), welche sich bis zur Beckenwand deutlich verfolgen ließen und dort ganz normal großen und normal gelagerten Eierstöcken anlagen. Nach einem Verlauf von einigen Centimeter Entfernung von dem Rudiment aufwärts ging auf jeder Seite ein Strang, nämlich das Ligamentum rotundum hinunter zur Mitte des Poupart-schen Bandes.

Es handelte sich also bei der Pat. um Atresia vaginae et Rudimentum uteri. Das Vorhandensein von gut entwickelten Ovarien erklärt die ungestörte weibliche Bildung des ganzen übrigen Körpers.

Die junge Frau war in glücklicher Ehe verheirathet, die sie zu erhalten wünschte. Ihr Mann war es, der einen sehnlichen Wunsch nach Kindern hegte und sie zur Untersuchung aufgefordert hatte. So gern sie ihren Mann hatte und in regelmäßigem, ehelichem Verkehr mit ihm stand, stellte sie sexuelle Libido und Voluptas ganz in Abrede.

Zu den von Kussmaul[1] erwähnten wenigen Fällen von Uterusrudimenten, die aus der allerersten Entwicklungszeit stammen, ist in der jüngsten Zeit eine ganze Reihe hinzugekommen, welche beweist, dass diese Uterusrudimentbildung nichts weniger als selten ist. Sie wird offenbar in neuerer Zeit nur desswegen so vielfach bekannt, weil man viel genauer zu untersuchen gelernt hat.

Kussmaul unterscheidet 7 verschiedene Formen von Gebärmutterverküm-

---

[1] Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdoppelung der Gebärmutter. Würzburg 1859.

merung, z. B. 1) das unausgehöhlte, bauchige, derbfaserige Rudiment, 2) das unausgehöhlte, bogenförmige Rudiment, 3) das hohle Rudiment etc. Es ist begreiflich, dass sich eine solche Eintheilung für die Befunde an der Lebenden nicht mehr festhalten lässt. Es ist z. B. in unserem Falle vollkommen unmöglich, anzugeben, ob die schlanken Stränge, welche wir fühlten, hohl oder solide seien. Wenn auch die Tubenähnlichkeit dafür spräche, so ist ohne Sektion dies nie zu sagen. Es liegt jedoch darin, ob die Stränge hohl oder undurchgängig seien, nur ein Merkmal für die Entwicklungsstufe, auf welcher der Uterus stehen geblieben ist und dies ist aus der Form nicht bloß annähernd, sondern mit ziemlich großer Genauigkeit zu erkennen. Die Eintheilung nach Kussmaul trägt den Stempel der anatomischen Klassifikation so deutlich an der Stirn, dass wir es nicht unterlassen können, nach den Vorläufern zu fragen. In der That war es besonders Förster, der hier vorgearbeitet und diese Eintheilung schon vorher aufgestellt hatte.

Der Gedanke, die Zeitepochen der natürlichen Entwicklung genau abzugrenzen, um den Stand der Entwicklung bezeichnen zu können, auf welchem ein Uterus stehen geblieben ist, wurde zuerst von L. Fürst in einer sehr zweckmäßigen Weise ausgeführt. Von dem ersten Anfang bis zur vollen Reife des Organes unterscheidet L. Fürst 5 Perioden. Davon kommen jedoch nur 3 in Betracht, denn die 4. zählt Fürst von der 20. Woche bis Ende des Fötallebens, die 5. von der Geburt bis zur vollen Entwicklung der Jungfrau.

Im ersten Stadium sind die Uranlagen der inneren weiblichen Genitalen 2 solide Stränge. Der erste Weg zur weiteren Entwicklung ist das Hohlwerden der Müller'schen Fäden zu Müller'schen Gängen.

Noch liegen die 2 Kanäle unterhalb des Wolff'schen Körpers an einander, ohne dass die Zwischenwände verschmolzen sind. Diese 2 Stadien der Entwicklung durchlaufen die inneren Genitalien bis zur 8. Woche des Embryonallebens.

Von da an bis zur 12. Woche verschmelzen die 2 Müller'schen Gänge und beginnt der Unterschied zwischen Uterus und Vagina, die Differenzirung der Wand des Genitalkanales sich auszubilden. Mit dem Schwund der 2 seitlich sich berührenden Kanäle bildet sich nach abwärts das Septum zwischen Rectum und Sinus urogenitalis.

In der 3. Periode kommt die schon skizzirte Entwicklung nur zur weiteren Ausbildung.

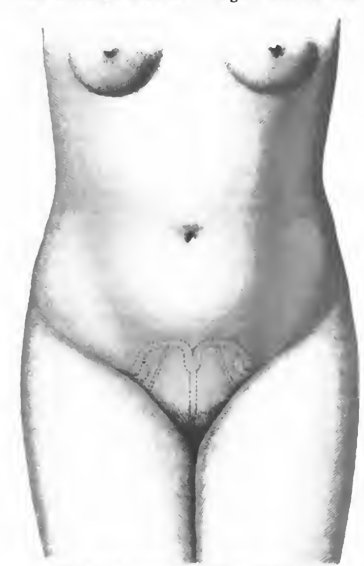
Ein Blick auf die Beschreibung unseres Falles zeigt, dass hier der Entwicklungsstillstand in die 2. Periode zu verlegen ist; denn es ist eine vollkommen ausgebildete und vom Rectum getrennte Scheide gegeben. Vermuthlich sind auch die Uterusrudimente hohl.

Solche Fälle sind in den letzten 2 Jahren in großer Anzahl durch genaue kombinirte Untersuchung erkannt und beschrieben worden. Sie sind niedergelegt in den Jahrgängen 1887 und 1888 des Centralblattes für Gynäkologie von Kahn-Bensinger (1887 p. 377), Grechen (1887 p. 493), Mundé (1887 p. 670) und Steinschneider (1888 p. 49). Aus der Schröder'schen Klinik in Berlin hat Las Casos dos Santos 11 Fälle auf einmal veröffentlicht. Sicher gehört in diese Kategorie eine große Zahl der in früherer Zeit beschriebenen Fälle von gänzlichem Mangel der Gebärmutter. Ja selbst gegenüber der genauesten Untersuchung einer Lebenden ist zu dem ersten Fall aus Schröder's Klinik an die wiederholten Erfahrungen der Anatomen zu erinnern, dass kleine Rudimente sogar bei der Leichenuntersuchung übersehen wurden.

Zu dem oben beschriebenen Fall ist in der Klinik des Vortr. noch eine zweite Missbildung gleicher Art hinzugekommen. Ein Mädchen von 20 Jahren, hatte nie menstruirt, war vollkommen normal entwickelt. Der ganze Habitus gracil, die Brustdrüsen sehr gut entwickelt, halbkugelig, fettreich. In den Achselhöhlen keine Haare. Die Schambeingegend mit wenig Haaren besetzt, eben so die beiden Labia majora.

Dem Vortr. wurde gemeldet, dass ein Mädchen, welches noch nie menstruirt hatte, mit ungewöhnlich engem und derbem Hymen eingetreten sei. Die Ein-

führung des untersuchenden Fingers traf jedoch nicht bloß einen derben und engen Hymen, sondern einen engen und langen Kanal. Der Finger glitt in demselben nur mit Überwindung eines leichten Widerstandes vor und gelangte in einen weiten Raum ohne Vaginalportion von sammetweicher Oberfläche. Es war klar, dass der untersuchende Finger durch die erweiterte Harnröhre in die Blase gelangt war. Die Besichtigung, ergab, dass an Stelle der Scheide nur ein Blindsäckchen von $1^1/_2$ cm Länge bestand. Die Pat. leugnete, je Umgang mit einem Mann gehabt zu haben, machte dagegen Zugeständnisse, welche auf Masturbationen per urethram deuten. Sie machte die Verlegenheitsangabe, dass sie mit dem Finger nachgesehen hätte, ob das Blut noch nicht kommen wollte.



Gebärmutterrudimente und obliterirte Scheide.

Bei der hierauf in Narkose unternommenen kombinirten Exploration von den Bauchdecken und dem Mastdarm aus findet sich in der Höhe des Blasenscheitels ein Wulst von der Dicke der Kleinfingerspitze, von welchem im Bogen nach beiden Seiten 2 Stränge abgehen, an deren Enden deutlich fühlbar die zwar etwas kleinen, aber doch normalen und beweglichen Ovarien sitzen. Ungefähr zwischen 1. und 2. Drittel dieser Stränge laufen die 2 Ligamenta rotunda nach der Mitte des Leistenkanales aus. Hier ist also die Grenze zwischen den Tuben und den Gebärmutterrudimenten. Auch bei diesem Mädchen fanden sich Andeutungen von Hernien. Das Becken war in allen Maßen vollständig normal.

Das Stehenbleiben der Entwicklung fand in diesem Fall wahrscheinlich auf einem früheren Stadium der Entwicklung statt, weil keine Scheide ausgebildet ist, oder man müsste annehmen, dass der Scheidenkanal nachträglich wieder obliterirte.

II. Herr von Tischendorf spricht, verbunden mit Demonstration eines pathologischen Präparates, über einen Fall spontaner Darmruptur bei Stenose des Mastdarmes in Folge eines Carcinoma cervicis uteri.

(Der Vortrag wird in extenso zum Abdruck gelangen.)

Herr von Tischendorf demonstrirt unter gleichzeitiger Vorzeigung von Photographien ein kürzlich durch Operation von ihm entferntes Fibroma pendulum der äußeren Genitalien.

Dasselbe ist von reichlich Faustgröße, rundlich, oben mit einem fingerdicken, etwa daumenlangen Stiel versehen, der vom unteren Drittel der linken großen Schamlippe entsprang, unten abgeplattet und ein ca. 5markstückgroßes Decubitusgeschwür zeigend. Die Trägerin war eine 22jährige Virgo, welche angab, dass die Geschwulst in ihrem 15. Lebensjahre von ihr bemerkt worden und damals etwa erbsengroß, aber auch schon mit einem kleinen Stiel versehen gewesen sei; von dieser Zeit an sei die Geschwulst allmählich und stätig bis zu der jetzigen Größe angewachsen und habe besonders beim Gehen und beim Sitzen durch ihre unbe-

queme Größe immer mehr Beschwerden verursacht. Das Decubitusgeschwür ist seit etwa $^1/_4$ Jahr entstanden.

Eigentliche Schmerzen seitens der Geschwulst sind nur in geringem Maße vorhanden gewesen. Ein An- und Abschwellen der Geschwulst entsprechend dem jeweiligen Eintritt der Menstruation ist nicht beobachtet worden.

Die Exstirpation durch eine keilförmige Excision des Stieles aus der Schamlippe, Unterbindung der nicht unbeträchtlichen Gefäße und Schluss der Wunde durch fortlaufende Katgutnaht ohne Drainage bot keine Schwierigkeit und zeigte reaktionslosen Heilungsverlauf. Histologisch besteht die Geschwulst aus ödematösem Bindegewebe mit stellenweiser Einlagerung von stark wuchernden Zellenhaufen; das Hautepithel zeigt mehrfach stark in die Tiefe eindringende, unregelmäßig verzweigte und in starker Wucherung begriffene Zapfenbildungen.

(Das Präparat nebst Photographien wurde der Sammlung des Trier'schen Institutes überwiesen.)

In der Diskussion bemerkt Herr Hennig über 2 ähnliche Beobachtungen 1) eine ältere Frau mit hochgradigen Stuhlbeschwerden betreffend. Es handelte sich um einen harten Krebs, der das ganze Becken mit knolligen und schwieligen Massen ausfüllte. Die ausgeführte Kolotomie verlief günstig. Der Darminhalt wurde völlig geruchlos befunden. Pat. starb 4—5 Monate später an Marasmus. Der 2. Fall betraf eine Pat., wo sich 5 Tage nach Ausführung einer Totalexstirpation eine Dünndarmfistel bildete, die keine weitere Störung machte. Tod $^1/_2$ Jahr später an Cholera. Die Sektion ergab allgemeine Carcinose des Peritoneum. Die Perforationsstelle war jedenfalls durch krankhafte Erweichung der Darmwand vorbereitet.

Herr Döderlein bemerkt, dass man nicht annehmen könne, dass die Keime der Fäces im Dickdarm pathogener seien als diejenigen im Dünndarm, es komme wohl hauptsächlich auf die Menge der in die Bauchhöhle ausgetretenen Fäces an.

Herr v. Tischendorf: Gerade in seinem Falle sei die Menge des ergossenen Kothes sehr bedeutend gewesen.

III. Herr Zweifel: Über periodische Haemato-Physometra beziehungsweise Ichorrhometra.

Vortr. versteht unter dieser Bezeichnung eine Erkrankung, welche durch erworbenen Verschluss des Muttermundes zu einer Zurückhaltung und Zersetzung des Menstrualblutes führt, wobei die Jauchemassen in ziemlich gleichen Zeitabschnitten wieder zur Entleerung kommen. Er hat 3 solcher Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt, den ersten davon als Assistent der gynäkologischen Klinik zu Zürich.

Diese Frau hatte eine äußerst schwere Entbindung durchgemacht, war lange danach unter starkem Fieber und eitrigem Ausfluss krank gelegen. Die Periode blieb lange Zeit aus — es stellten sich endlich heftige qualvolle Schmerzen ein, bis eines Tages eine entsetzlich stinkende Masse abging. Darauf monatelanger Nachlass der Beschwerden und Aufhören eines jeden Blutabganges, dann aber wieder jene qualvollen Schmerzen und wiederum Abgang einer zersetzten »Materie«. Nach der zweiten Entleerung entschloss sich die Kranke zum Eintritt in die Klinik. Als sie sich vorstellte, war die Portio vaginalis rüsselförmig ausgezogen, der Uterus sehr groß, nirgends eine Öffnung zu sehen. Um die Angaben der Kranken zu prüfen und den spontanen Verlauf zu beobachten, wurde zunächst eine Entleerung des Uterus unterlassen. Nach einigen Tagen stellte sich unter wehenartigen Schmerzen der Jaucheabfluss wieder ein und jetzt war an der spitz ausgezogenen Portio vaginalis eine Öffnung entstanden, welche kaum für die feinste Sonde durchgängig war.

Nun wurde die »kegelmantelförmige Excision«, wie damals nach Simon's Vorschlag die heute so populär gewordene Methode der Amputatio portionis vaginalis hieß, eine Erweiterung der feinen Öffnung und eine Umsäumung der Wundlippen mit Schleimhaut ausgeführt. Die Kranke heilte und blieb geheilt.

Genau dasselbe Bild bot sich dem Vortr. bei 2 späteren Fällen in der Klinik in Erlangen. Die Beseitigung wurde nach derselben Art vorgenommen, einzig mit

dem Unterschied, dass viel mehr Rücksicht auf antiseptische Vorsichtsmaßregeln genommen wurde, als früher. Doch war auch im ersten die Heilung so ungestört gewesen wie in dem letzteren Fall. Der dritte Fall entstammt der Privatpraxis.

Es ist von dieser erworbenen Ichorrhometra auffallend wenig in den Lehr- und Handbüchern die Rede, trotzdem diese Erkrankung häufiger ist, als die eigentliche Haematometra. Wenn wir absehen von den Fällen, welche Elischer aus der Spiegelberg'schen Klinik veröffentlicht hat, welche auch nicht durch Entzündung und Verschwärung nach einem Wochenbett, sondern durch die Abtragung der Portio vaginalis mittels der galvanokaustischen Schlinge erworben waren, so erwähnte in neuerer Zeit A. Martin[2] einen Fall, wo sich der Verschluss des Muttermundes nach einem schweren Typhus ausgebreitet hatte, das Blut jedoch unzersetzt blieb. In der Publikation über Hämatometra hatte Seyfert[3] auf die Entstehung von Haematometra durch Verschwärung des Muttermundes nach schweren Entbindungen nach Typhus, bei akuten Exanthemen und bei den schwersten Formen der Syphilis hingewiesen.

Eine Diskussion fand nicht statt.

---

9) **Wettergren** (Arboga, Schweden). Gynäkologische und chirurgische Kasuistik aus dem Heijkensköld'schen Krankenhause zu Arboga.

(Eira 1888. No. 2—5.)

Dieser Bericht umfasst 10 Ovariotomien, die fast alle bemerkenswerthe Einzelheiten darbieten.

1) Sehr große Cyste, Gewicht 58 Pfund, über die Hälfte des Gewichtes der 63jährigen Pat. Die schlaffe, langgestreckte, fast bis zur Unkenntlichkeit blasse Gebärmutter war 180° um ihre Achse gedreht. Glatte Heilung.

2) Peritonitis 1 Monat vor der Operation. Gedärme fanden sich in großer Ausdehnung an der Geschwulst. Stiel 3mal um seine Achse gedreht. Eiterung in den Stichkanälen der Bauchwunde. Sonst glatte Heilung.

3) Cysta ovarii dermoides suppurativa fistulosa. Die 32jährige Virgo hatte an schlechter Verdauung und unregelmäßigen sparsamen Menses gelitten. Vor 4 Jahren bemerkte Pat. eine schmerzhafte, druckempfindliche Auftreibung im rechten Hypogastrium, und dieselbe erreichte nach und nach die Mittellinie. Ein Arzt incidirte zwischen Nabel und Symphyse und entleerte viel eiterähnliche Flüssigkeit. Seitdem fortwährend Ausfluss durch ein Drainrohr. Pat. klagt über den unaufhörlichen stinkenden Ausfluss und über Schmerzen im unteren Theile des Leibes. Bisweilen Blutung aus der Fistel zur Zeit der Menstruation. Die mikroskopische Untersuchung des Sekretes ergab: Fettkugeln, Plattenepithelzellen und Haare, wesshalb die Diagnose auf Dermoidcyste gestellt wurde. Aus Furcht vor einer septischen Peritonitis wurde von einer Radikaloperation Abstand genommen. Die Fistel wurde dilatirt, die Ränder der Cyste hervorgezogen und in die Bauchwunde eingenäht. Die Höhle war mannsfaustgroß mit glatten Wänden, die mit hellen Haaren bewachsen waren. Schnelle Heilung per prim. int. Nur nach unten evertirte sich die Cystenwand, aber ohne die Pat. zu belästigen.

4) Bietet nichts Besonderes.

5) Rechtsseitiges (einseitiges) proliferirendes Kystom bei einer 35jährigen, verheiratheten Frau. Dieselbe war noch 10 Monate nach der Operation völlig gesund. Keine Metastasen.

6) 41jährige im Großen und Ganzen gesunde Virgo. Bemerkt seit 6 Jahren Auftreibung des Leibes, eine Geschwulst erst seit 2 Jahren bemerkt. In der letzten Zeit leidet Pat. an dyspeptischen Zufällen (Pyrosis und Ructus) abwechselnd mit Anfällen von krampfartigem, hörbarem Luftschlucken. Große Parovarialcyste, bis zur Curvatur reichend. Leichte Entfernung; der dazu gehörende Eierstock cystös entartet, wurde mit entfernt. In dem anderen Eierstock wurden zwei erbsengroße

---

[2] Centralbl. f. Gyn. 1881. No. 26. p. 617.

[3] Prager Vierteljahrsschr. Bd. XI. Hft. 1. 1854.

Cysten punktirt und ausgebrannt. In der Nacht zwischen dem 3. und 4. Tag p. o. gingen Flatus ab, später nicht. Am 4. Tag fing das Luftschlucken wieder an, und der Magen fand sich erweitert. Höchste Temp. 38°, Puls 90—110. Klysma von Terpentin und Öl, wie Einlauf von Salzwasser ohne Wirkung. Lösung der Kompressionsbandage. Faradisation und Massage des Unterleibes (nach A. Martin), aber ohne Wirkung. Abends Puls 120—130; zunehmender Inspirationskrampf. 5. Tag. Erbrechen. Milchklysma. Einführung einer Schlundsonde mit Entleerung von Luft und Flüssigkeit mit großer Erleichterung. Leib zusammengefallen. Wohlbefinden. Schlaf. Abends wieder Unruhe. Tod am Morgen des 6. Tages. Bei der Sektion fanden sich weder Zeichen von Peritonitis, noch von Sepsis. Die Gedärme unter der Flexura coli sind zusammengefallen, über derselben stark erweitert. Die Gallenblase mannsfaustgroß, hydropisch, enthält 7 kastaniengroße Steine. Verf. denkt sich, dass die Parovarialgeschwulst die Gallenblase daran verhindert hat, das Duodenum zu komprimiren. Nach der Operation hat dies aber geschehen können; der Magen wurde somit stark dilatirt (Luftschlucken!), und derselbe hat dann wieder die Flexura coli sin. komprimirt.

7) Große, papillomatöse Geschwulst bei einer 67jährigen, ledigen, sehr elenden, an chron. Bronchitis leidenden Pat. Die Geschwulst war einseitig (linksseitig). Heilung.

8) Die 31jährige, verheirathete IVpara hat die Geschwulst schon vor 6 Jahren bemerkt. Dieselbe verursachte keine Beschwerden. Letzte Geburt vor $2^1/_2$ Jahren 2 Tage nach einer sehr mühsamen Reise bekam Pat. heftige Unterleibsschmerzen und Symptome von Ileus. 4 Tage später wurde Pat. in der Winterkälte in einem elenden Zustande 3 Meilen nach Arboga gefahren. Puls kaum fühlbar Temp. 38,4. Am nächsten Tag Puls 125, Temp. 38,8. Pat. erholte sich etwas nach nährenden Klystieren. Operation 36 Stunden nach dem Eintritt. Puls 100, Temp. 38,2. Große Dermoidcyste mit blutigem Einhalt. Stiel lang, 2mal um die Achse gedreht. Die Temperatur stieg Abends bis 39,8°. Erbrechen dauerte fort. Tod am nächsten Morgen. Die Sektion ergab keine bestimmte Todesursache. Mehrere Darmschlingen waren adhärent, vielleicht abgeknickt.

9) 29jährige, kräftige Virgo. Harn normal. Vor der Operation täglich ein paar Tage Vaginalausspülung mit 2%iger Karbollösung. Abwaschen des Unterleibes vor der Operation mit 1%iger Sublimatlösung, und Jodoform-Äther-Alkohol (3:10:40). Fettreiche Bauchwand. Geschwulst langgestielt, ohne Adhäsionen. Karbolschwämme wurden während der Operation viel gebraucht. Auf die verkohlte Schnittfläche des Stieles wurden 10 cg Jodoform gepudert, auf den anderen Eierstock, wo ein paar kleine Cysten punktirt wurden, ebenfalls 20 cg. Nach Vernähung der Bauchwunde wurde dieselbe mit 3 g Jodoform gepudert. Verband mit Jodoformgaze, Sublimatgaze und Salicylwatte. Die ersten 4 Tage Befinden ausgezeichnet, Temp. normal, Puls 80—100. Am 3. Tage gingen Flatus ab; Blutung aus der Scheide. 5. Tag. Vormittags völliges Wohlbefinden, Temp. 37,4°, Puls 80. Mittags ohne Frost tiefer Collaps mit Temperatursteigerung bis 38,8°, Puls 120. Heftige Kolikschmerzen, die durch Einführung einer Rectalsonde gelindert wurden; durch dieselbe gingen viele Blähungen und bräunliche Flüssigkeit ab, was den ganzen Nachmittag hindurch fortdauerte. Unterleib natürlich. 6. Tag. Große Mattigkeit; psychische Depression. Tenesmi rectales. Unterleib und Bauchwunde natürlich. Temp. 38—38,4; Puls 100—120. 7. Tag. Collaps tiefer; Unruhe, Übelkeit, Erbrechen von Galle, Zunge trocken, Extremitäten kühl. Tenesmi geringer. Der heute entleerte Harn dunkler wie gestern (mahagonibraun), sparsam, enthält weder Eiweiß noch Zucker, noch Gallenfarbstoff. W. 1030. Schwache Reaktion auf Jod und Karbol, keine auf Hg. Temp. 37,8—38,3, Puls 96—100. 8. Tag. Besserung Harn reichlicher, heller, ohne Eiweiß. W. 1035. Jodreaktion deutlicher. Temp. 38,2, Puls 80. Nachmittags wieder verworren, schwächer. Ununterbrochene, sehr schmerzhafte Tenesmi, mit Abgang von Blähungen und farbiger Flüssigkeit. Temp. 39°, Puls 120. 9. Tag. Verworrenheit nimmt zu; Pat. schwatzt, lacht, singt, lässt sich nur schwierig im Bette halten. Harn noch reichlicher und heller, ohne Eiweiß, ohne Karbol und fast ohne Jod. Stuhl mehr geformt. Puls kräftig, 76—80; Temp.

37,8—38,7. Nähte entfernt. Wunde geheilt. 10. Tag. Maniakalisch. Vermag nicht zu schlucken. Involuntärer Abgang von Harn und dünnen Exkrementen. Harn reichlich, hellgelb, ohne abnorme Einmischungen. W. 1025. Gegen Abend zunehmender Collaps. Tod am nächsten Morgen. Sektion: Hyperämie des Pericraniums, der Gehirnhäute und des Gehirns. Wunde geheilt. Peritoneum natürlich. In den Nieren leichte parenchymatöse Veränderungen; keine Fettdegeneration; keine Kalkablagerungen. Milz klein, fest. Leber leicht parenchymatös verändert; keine Fettdegeneration. Dünndarm natürlich. Im Dickdarme fleckige Hyperämie; im unteren Drittheil außerdem zahlreiche, 3—5 cm lange, 1—2 cm breite, diphtheritische Infiltrationen und Ulcerationen mit schmutziggrauem, unebenen Boden. Herz natürlich, Herzfleisch gesund. Bei der von Mirner (Stockholm) unternommenen Untersuchung des Gehirns und des Blutes fanden sich in 900 g Gehirn kaum Spuren von Jod. Im Blute (150 g) kein Jodoform, aber Spuren von Jod. In 500 g Gehirn eine nicht unbedeutende Menge Hg., im Blute kein Hg. Verf. glaubt an eine Jodoformvergiftung bei Idiosynkrasie der Pat. (nur 3,30 g). Zeichen einer Karbolvergiftung fehlten durchaus. Gegen eine Quecksilbervergiftung spricht das späte Auftreten, der Charakter der Diarrhoe, das Fehlen von Mundaffektion, von Salivation, von Albuminurie, weiter die Veränderungen im Gehirn und in den Nieren. Vielleicht war es eine Kombination von Jodoform- und Quecksilbervergiftung.

10) Die 26jährige Frau hat 2mal geboren, das letzte Mal vor 3 Jahren. Im 3. Monat dieser Schwangerschaft wurde eine Eierstockscyste, die hinter und über der Gebärmutter lag, diagnosticirt, Pat. lehnte aber eine Operation ab. Geburt 14 Tage zu früh, leicht, aber von Blutungen begleitet. Später keine Beschwerden bis vor 5 Wochen. Dann nach einer Anstrengung heftige Schmerzen im Unterleibe; musste das Bett 3 Wochen hüten. 2 Wochen später Eintritt ins Krankenhaus. Geschwulst druckempfindlich, unbeweglich. Bei der Operation zeigte sich der Stiel der doppelt mannskopfgroßen, vom rechten Eierstock gebildeten Dermoidcyste 3mal um seine Achse gedreht. Geschwulst überall (mit der Bauch- und Beckenwand, mit dem Netze und mit den Gedärmen) durch theils ältere theils frühere Verwachsungen adhärent. Glatte Heilung.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

10) **Wathen** (Louisville). Über die schnelle Erweiterung der Cervix.

(Progrès méd. 1887. Oktober 8. No. 41.)

Um eine schnelle Erweiterung der Cervix, welcher der Verf. in vielen Fällen den Vorzug vor der allmählichen giebt, zu erzielen, empfiehlt W. ein von ihm konstruirtes Instrument. Dasselbe hat große Ähnlichkeit mit dem bekannten Ellinger'schen Dilatator; nur sind an dem neuen Instrument die äußeren Flächen der Branchen mit stumpfen Zacken versehen, um das Ausgleiten zu verhindern.

W. Nagel (Berlin).

11) **Bossi** (Genua). Dammschutz.

(Annali di ostetriccia etc. 1887. Juli—August.)

Verf. glaubt die Ritgen'sche Rectalexpression dadurch ersetzen zu können, dass er von außen durch die drei mittleren Finger der rechten Hand einen Druck zwischen Steißbeinspitze und Afteröffnung auf die daselbst deutlich durchzufühlende Stirne ausübt. Die bisherigen Erfolge sollen sehr befriedigend sein.

Liebman (Triest).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

// Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 30. Sonnabend, den 28. Juli. 1888.

Weitere 3 Fälle von Heilung des Vorfalles der Gebärmutter durch Gymnastik der Beckenmuskulatur und methodische Uterushebung.

Von

Prof. **F. von Preuschen** in Greifswald.

Nachdem ich den ersten Fall von Heilung des Vorfalles der Gebärmutter nach dem Verfahren von Thure Brandt mitgetheilt und die wissenschaftliche Erklärung dieser Methode geliefert habe (Centralblatt für Gynäkologie 1888 No. 13), sind im Laufe des Sommers zwei weitere Publikationen über diesen Gegenstand erfolgt.

In der Schrift »Die manuelle Behandlung des Prolapsus uteri« Wien 1888 hat Profanter den in meiner ersten Mittheilung erwähnten Fall, den Thure Brandt während seines Aufenthaltes an der Schultze'schen Klinik in Jena zur Heilung brachte, noch einmal genauer beschrieben, und ferner hat Fränkel in einem Falle (Über die manuelle Behandlung des Scheidengebärmuttervorfalles, Breslauer ärztliche Zeitschrift 1888 No. 10) die Wirksamkeit der Methode bestätigt. Der Fall wurde indess nicht geheilt, da Fränkel trotz seiner günstigen Erfahrung die

Behandlung desselben äußerer Ursachen wegen nicht zu Ende führen konnte. Über die von mir gegebene Erklärung hat Fränkel sich zustimmend geäußert[1].

Da der von mir publicirte geheilte Fall mithin bis jetzt der einzige geblieben ist, so dürfte es von Interesse sein, weitere Erfahrungen über die Behandlungsmethode mitzutheilen. Ich erlaube mir daher, kurz über 3 neue Fälle zu berichten, indem ich bezüglich des Verfahrens auf meine frühere Mittheilung verweise.

1) Frau K. aus P., 69 Jahre alt, leidet seit 30 Jahren an totalem Prolapsus uteri. Pat. hat 6mal geboren. Nach dem ersten Wochenbett trat Descensus uteri auf, in einem folgenden kam es zum vollständigen Vorfall. Ein Retentionsinstrument hat Pat. schon seit Jahren nicht mehr getragen.

Der frei zwischen den Schenkeln befindliche Tumor hat eine Länge von ca. 10 cm. Die Scheide ist vollständig invertirt, die Umschlagsfalte lässt sich ringsum zu Gesicht bringen. Cystocele vorhanden. Das Divertikel, das sich fast bis zur vorderen Muttermundslippe erstreckt, ist stark mit Urin gefüllt und hebt die vordere Fläche des Tumors polsterartig ab. Rectocele nicht nachweisbar. Uterus lang, dünn und schlaff, liegt nach erfolgter Reposition in Retroversionsstellung. Die Sonde dringt 12 cm ein. An dem Orificium ext. uteri hat sich ein Geschwür etablirt, das einen schmutzigen Belag zeigt. Pat. hat schmerzhaftes Ziehen und Drängen nach unten, kann nur kurze Strecken gehen und klagt über Urinbeschwerden.

Die Behandlung wird am 18. April begonnen. Da nach der ersten Sitzung der Uterus, der sich in Folge seiner dünnen und schlaffen Beschaffenheit Anfangs schwer von außen fassen lässt, beim Umhergehen wieder zu Tage tritt, wird Pat. veranlasst, zu Bette zu bleiben. Nunmehr bleibt der Uterus im Becken, liegt aber noch immer retrovertirt. Erst am 14. Tage der Behandlung findet sich zum ersten Mal der Uterus in Anteversionsstellung, in der er nunmehr dauernd verbleibt. Die Portio steht in der Spinallinie. Pat. verlässt das Bett und macht täglich 2mal einen Spaziergang von $^1/_2$—$^3/_4$ Stunde.

Bis zum 23. Juni bleibt Pat. unter meiner Beobachtung und nimmt alsdann zu ihrer Kräftigung einen Aufenthalt im Seebade. Das schmerzhafte Ziehen und Drängen nach unten ist vollständig beseitigt, Urinbeschwerden nicht mehr vorhanden. Wie der vor wenigen Tagen eingelaufene Bericht meldet, ist die Heilung andauernd.

2) Fräulein T. aus M. 23 Jahre alt, Nullipara. Pat., die seit ihrem 12. Jahre, Anfangs unter lebhaften Beschwerden, menstruirt war, giebt an, »von jeher« an starkem Fluor albus gelitten zu haben, »welcher zeitweise so bedeutend war, als ob die Regel vorhanden wäre«. Die Absonderung hat nach Angabe der Pat. in letzter Zeit noch zugenommen, auch empfindet sie seit längerer Zeit beim Heben

[1] Nach Fertigstellung vorstehender Mittheilung kommt mir ein Aufsatz über die Brandt'sche Behandlungsmethode (Münchner med. Wochenschrift 1888 No. 28) zu Gesicht, in welchem Dr. Theilhaber in München die von mir gegebene wissenschaftliche Erklärung damit glaubt beseitigen zu können, dass er angiebt, Brandt habe Fälle von Prolaps durch Uterushebungen geheilt, bevor er die »Knietheilung« anzuwenden pflegte. Ich hatte bekanntlich dargethan, dass die Adduktorenübungen den Tonus des Beckendiaphragma (Levator ani) und die Uterushebungen die Anteversionsstellung herbeiführen. Jeder, der nun die Bedingungen, unter welchen der Prolaps zu Stande kommt, kennt, wird mir beipflichten, wenn ich behaupte, dass die Anteversionsstellung allein genügen kann, den Uterus am Herabsinken zu verhindern. Niemand wird desswegen die Bedeutung des Diaphragma pelvis und besonders des Levator ani für die Sicherung der Stellung der Portio im Becken unterschätzen. Nachdem einmal durch meine Beobachtung festgestellt war, dass bei der Adduktorenübung die Kontraktion der Muskulatur des Beckendiaphragma erfolgt, war die Bedeutung dieser Bewegung für die Prolapsbehandlung klar gelegt.

Hätte übrigens Herr Theilhaber Gelegenheit genommen, während der Uterushebungen genau zu exploriren, so würde er beobachtet haben, dass in Folge der von der Pat. niemals ganz zu vermeidenden Muskelkontraktion auch der Levator ani, wenn auch nur in geringem Maße, in Aktion gesetzt wird.

von schweren Gegenständen ein schmerzhaftes Drängen nach unten. Ende Januar trat beim Heben einer 30 Liter enthaltenden Milchkanne unter lebhaften Schmerzen eine Geschwulst zu Tage, was sie veranlasste, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. 4 Wochen später wurde sie von dem betreffenden Kollegen meiner Behandlung überwiesen.

Die Untersuchung ergiebt zwischen den Schenkeln einen Tumor von etwas über Walnussgröße, auf dessen vorderer, unterer Peripherie die Portio vaginalis sichtbar ist. Die Scheide ist ringsum invertirt, die Umschlagsfalte vorn ungefähr 2, hinten etwa 3 cm oberhalb des Scheideneinganges fühlbar. Der Uterus ist 8 cm lang, im Übrigen von normaler Beschaffenheit. Er liegt nach erfolgter Reposition in Retroversionsstellung. In Folge des Drängens nach unten ist Pat. im Gehen behindert.

Die Behandlung beginnt am 20. April. Nach der ersten Sitzung bleibt der Uterus im Becken und nach 8 Sitzungen findet er sich zum ersten Male in Anteversionsstellung, in der er jetzt definitiv verbleibt. Die Portio steht in der Spinallinie.

Pat. bleibt bis Anfang Juli unter meiner Beobachtung und wird hierauf aus der Behandlung entlassen, nachdem ich mich überzeugt hatte, dass die Stellung des Uterus im Becken stationär ist.

3) Frau K. aus K. 71 Jahre alt, leidet seit 40 Jahren an totalem Prolapsus uteri, der zeitweise durch ein Pessar zurückgehalten wurde. Der letzte Hysterophor ist vor $1^1/_2$ Jahren entfernt worden. Pat. hat 6mal geboren.

Der Tumor hat eine Längendimension von 11 cm. Die Scheide ist vollständig invertirt, Umschlagsfalte ringsum zu Gesicht zu bringen. Ausgedehnte Cystocele; Rectocele fehlt. Muttermundslippen verstrichen, Orificium ext. uteri klaffend. Der Uterus liegt nach der leicht zu bewirkenden Reposition in Retroversionsstellung. Er ist im Fundus etwas verdickt. Die Sonde dringt 9 cm ein. Pat. klagt hauptsächlich über schmerzhaftes Drängen beim Gehen, Urinbeschwerden sind weniger ausgebildet.

Beginn der Behandlung am 5. Juni. Nach der ersten Sitzung bleibt der Uterus im Becken, nach 10tägiger Behandlung steht die Portio konstant oberhalb der Spinallinie, so dass sie mit dem Finger schwer zu erreichen ist. Am 15. Juni wird der Uterus zum ersten Male in Anteversionsstellung angetroffen, die seitdem in allen Körperlagen sich dauernd erhält. Pat. bleibt bis zum 10. Juli in meiner Beobachtung und wird an diesem Tage geheilt entlassen. Während dieser Zeit habe ich mich überzeugt, dass die verschiedensten Schädlichkeiten, wie Stuhlverstopfung, Fahren auf holperigem Wege, Treppensteigen, größere Ansammlungen von Urin in der Blase ohne Einfluss auf das erzielte Resultat sind.

Es wird selbstverständlich meine Aufgabe sein, die Fälle weiter im Auge zu behalten um festzustellen, ob auch für die Zukunft der Erfolg ein bleibender sein wird. Im Hinblick auf die Erfahrung bei meinem ersten Fall, von dem ich hier mittheilen kann, dass er heute noch, nachdem inzwischen 5 Monate verflossen sind, genau dasselbe Resultat aufweist wie früher, halte ich dies aber für sehr wahrscheinlich.

Auf Abgrenzung der Indikationen, Kontraindikationen, Erörterungen über die Prognose etc. jetzt schon einzugehen, wie dies Profanter[2] und Fränkel[3] trotz Mangels eigener Beobachtungen gethan haben, halte ich für verfrüht. Bevor wir ein sicheres Urtheil gewinnen können, werden weitere Erfahrungen gesammelt werden müssen.

Ich möchte daher an die Herren Fachgenossen die Bitte richten, auch ihrerseits der Methode Interesse zuzuwenden und Versuche anzustellen. Erschwert werden letztere allerdings etwas durch die nicht ganz einfache Technik; doch dürfte das Buch von Thure Brandt, das in nächster Zeit in einer von Resch besorgten deutschen Übersetzung erscheinen wird, auch nach dieser Richtung gute Dienste leisten.

---

[2] a. a. O. p. 26 u. 27.

[3] a. a. O. Separatabdruck p. 5 u. 6.

1) **E. Senger.** Studien zur Ätiologie des Carcinoms.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 10.)

Trotz einer großen Zahl von Versuchen ist es S. nicht gelungen, bei Thieren (Mäusen, Kaninchen, Hunden) künstlich durch Implantation ein Carcinom zu erzeugen. Zwar trat oft eine Vergrößerung des eingebrachten Krebsstückes ein, sie ist aber nur eine scheinbare, welche in den zahlreich eindringenden, weißen Blutkörperchen, den sich neu bildenden Blutgefäßen und vielleicht in neu gebildetem kernreichen Bindegewebe ihre Erklärung findet. Eine selbständige Wucherung der eingepflanzten Carcinomzellenkomplexe in die Umgebung hinein erfolgt nicht; im Gegentheil ist das Carcinomstück wie ein organischer, todter Körper im lebenden Organismus zu betrachten.

Auch den Scheurlen'schen Carcinombacillen und Sporen gegenüber verhält sich S. auf Grund eigener mikroskopischer Untersuchungen ablehnend. Von dem Vorhandensein der Sporen konnte er sich nicht überzeugen. Er fand nur den Sporen allerdings sehr ähnliche Fetttröpfchen. Durch energisches Schütteln eines weichen Krebsstückes mit Äther und Chloroform in einem Reagensglas nehmen diese ab und verschwinden schließlich.

Bei mehr als 350 Impfungen auf allen existirenden Nährböden mittels der üblichen Methoden gelang es S. nicht, ein Bakterium aus dem Krebs zu züchten, welches in einer ätiologischen Beziehung zu der Geschwulst steht. Den Scheurlen'schen Pilz erhält er mit Ausnahme einer Impfung nie. Bei dieser einen hatte er ein Carcinomstück direkt auf eine Kartoffel gebracht. Vergleichende Untersuchungen dieses Pilzes mit dem Scheurlen'schen und den direkt von Kartoffeln ohne Impfung mit Carcinom gezogenen haben S. zu der Überzeugung gebracht, dass der von Scheurlen beschriebene Bacillus als Kartoffelbacillus zu bezeichnen ist, welchem er den Namen B. mesentericus rotiginosus (rostfarbig) geben möchte.

Graefe (Halle a/S.).

---

2) **J. Janosik.** Zur Histologie des Ovarium.

(Aus d. XCVI. Bd. d. Sitzungsberichte d. kais. Akad. d. Wissensch. III. Abth.)
Wien, **F. Tempsky,** 1888.

Nachdem Verf. die Follikelbildung in den Ovarien verschiedener Thiere auf Grund seiner histologischen Untersuchungen genauer beschrieben, kommt er auf das Ovarium des Menschen zu sprechen. In den Ovarien neugeborener Mädchen fand Verf. durch die ganze Dicke der Drüse hindurch bis zum Ansatze des Mesovarium größere und kleinere Follikel. Gegen die Oberfläche zu bestehen noch Epithelstränge, welche an vielen Stellen mit dem Epithel verbunden sind. In den Ovarien aller vom Verf. untersuchten Thiere und in den Ovarien des Menschen entwickeln sich die Markstränge (Epithelzapfen des Wolff'schen Körpers, welche als sog. Geschlechtsstränge der Urniere in den sich entwickelnden Eierstock eindringen und sich

an der Zusammensetzung der Marksubstanz des Eierstocks betheiligen. Ref.), jedoch nicht in gleichem Grade und derselben Altersperiode. Die Markstränge erreichen bei verschiedenen Ovarien einen verschiedenen Grad von Ausbildung. In manchen Eierstöcken knüpfen sich an die Markstränge besondere Bildungen, welche Verf. gewillt ist analog den Nebennieren zu setzen, wenn sich nicht gar wirkliche Nebennieren daraus entwickeln. Verf. bestritt bekanntlich schon früher den doppelten Ursprung für die Nebennieren. In allen Ovarien geht eine Unzahl von Follikeln schon zu jener Zeit zu Grunde, in welcher sie eben erst entstanden sind. Die Atrophie gestaltet sich bei den verschiedenen ausgebildeten Follikeln verschieden, besonders in Betreff der Betheiligung der Granulosazellen. Die Bindegewebszellen der Theca folliculi scheinen den Impuls zur Atrophie der Follikel zu geben. Die das Ei umhüllende Membran ist Verf. geneigt nur als ein Produkt der Granulosazellen anzusehen.

v. Święcicki (Posen).

---

3) **Molony.** Über die Vermeidung von Dammrissen.

(Prov. med. journ. 1887. November 1. p. 496.)

Sehr häufig ist die Ursache des Dammrisses in einem zu engen Schambogen zu suchen. Dann kann das Hinterhaupt nicht hindurchtreten, stemmt sich gegen die Schambeine fest, bei der Wehe wird der Vordertheil des Kopfes, Stirn und Gesicht, gegen den Damm gepresst und zerreißt diesen. Es empfiehlt sich dann in solchen Fällen mit dem Zeige- und Mittelfinger den Hinterkopf nach abwärts zu ziehen, während die linke Hand den Vorderkopf in die Scheide zurückdrängt. Ein ähnliches Verfahren ist nach Anlegung der Zange zu befolgen, wodurch der Kindskopf in starker Beugung geboren wird.

Lühe (Demmin).

---

4) **Coe.** Der Gebrauch der Curette bei Blutung in Folge von Uterusfibroiden.

(Separatabdruck aus dem Med. record 1888. Januar 18.)

Die Blutung bei bestehenden Uterusfibroiden tritt meist als Menorrhagie auf und geht von dem hyperplastischen Endometrium aus, das sich im Zustand der collateralen Hyperämie befindet, während die Schleimhaut über dem Fibroid selbst atrophisch zu sein pflegt. Die Stärke der Blutung steht daher auch in gar keinem unmittelbaren Verhältnis zu der Größe des Fibroids, vielmehr ist gar nicht selten bei kleineren Geschwülsten die Erkrankung des Endometriums gerade recht erheblich. Es ist hiernach theoretisch kein Grund vorhanden, warum die Wucherung der Schleimhaut bei dieser Erkrankung nicht eben so behandelt werden soll, wie sonst auch, das heißt mit der Curette. Diese Behandlung hat sich dem Verf. denn auch praktisch vortrefflich bewährt, nur muss man sie natürlich nicht als eine radikale ansehen, sondern sie ist nur palliativ und muss nöthigen

Falls wiederholt werden. Ein besonderer Vorzug liegt noch darin, dass jeder Praktiker die Curette anwenden kann. Nach dem Verf. hat nur Winckel ähnliche Maßnahmen empfohlen.

Lühe (Demmin).

---

5) **Richter** (Berlin). Ziegenmilch als Kindernahrungsmittel.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 18.)

R. sieht in der Kuhmilch ein mangelhaftes Ersatzmittel für die natürliche Ernährung der Säuglinge, einmal, weil sie den Verdauungsorganen des Säuglings nur wenig entspricht, andererseits weil sie sehr häufig die Tuberkulose bergen soll. Er beruft sich dabei auf die Angaben von Thierärzten, von denen manche behaupten, dass es Gegenden gäbe, in welchen vielleicht 50% der Rinder von Perlsucht befallen seien. Dagegen leiden Ziegen nach den bisherigen Untersuchungen sehr selten an derselben; ja es wird behauptet, sie würden unter einigermaßen günstigen hygienischen Verhältnissen überhaupt nicht perlsüchtig. Ein weiterer Vorzug der Ziegen- vor der Kuhmilch ist der, dass sie, da 'sie der Frauenmilch ähnlicher ist, von Säuglingen leichter als jene vertragen und assimilirt wird. Sie enthält weniger Käsestoff als Kuhmilch, der noch dazu nicht so grobflockig gerinnt, dafür aber fast 3mal so viel Eiweiß. Schließlich verdient auch die größere Wohlfeilheit der Ziegenmilch sehr wohl der Beachtung.

R. schließt seinen kleinen Aufsatz mit der kurzen Mittheilung von 15 Krankengeschichten. Sämmtliche Kinder waren unter heftigen dyspeptischen Erscheinungen bei Ernährung mit Kuhmilch erkrankt. Sie erhielten dann Ziegenmilch. Nur 2 starben; eines, welches überhaupt nicht lebensfähig war, ein 2. in Folge anderer als rein dyspeptischer Störungen. Ein Kind wurde der Behandlung entzogen. Die übrigen 12 genasen. Graefe (Halle a/S.).

---

6) **Reimann** (Neumünster). Eine Kindersaugflasche mit Metallrohr.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 19.)

R. warnt vor einer Nachahmung der mit Reichspatentstempel No. 6670 versehenen Saugflasche mit Metallrohr. Während das Saugrohr der echten Flaschen aus Britanniametall (Legirung aus bleifreiem Zinn und Antimon) gefertigt ist, enthalten die Metalltheile der Nachahmung 28,5% Blei; ein Dichtungsring ist zinkhaltig. Eine derartig zusammengesetzte Saugvorrichtung ist aber gesundheitsschädlich.

Mit Recht macht R. darauf aufmerksam, dass die in jeder Hinsicht besten Sauger die bekannten einfachen Gummihütchen seien.

Graefe (Halle a/S.).

Kasuistik.

7) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 22. Juni 1888.

Vorsitzender: Herr Gusserow, Schriftführer: A. Martin.

Der Vorsitzende gedenkt mit warm empfundenen Worten des Hinscheidens Kaiser Friedrich's III. Die Anwesenden bezeugen ihre Theilnahme durch Erheben von den Sitzen.

I. Demonstration von Präparaten:

Herr Löhlein: Carcinoma corporis uteri, kombinirt mit Fibromyoma intramurale.

Das durch die vaginale Exstirpation gewonnene Präparat stammt von einer 58jährigen Nullipara, die in 38jähriger Ehe stets völlig gesund war und 8 Jahre nach der Cessation an eitrigen und blutig-eitrigen Abgängen vor $^1/_2$ Jahr erkrankte. Das lästigste Symptom bildeten die mit außerordentlicher Regelmäßigkeit täglich wiederkehrenden Schmerzanfälle, die 10 Uhr Vormittags begannen, gegen Mittag ihre Höhe erreichten und um 4 Uhr Nachmittags meist beendet zu sein pflegten. Auf diese in regelmäßigen Intervallen wiederkehrenden Schmerzanfälle bei Corpuscarcinom hat bereits Simpson, wie bekannt, aufmerksam gemacht. Ihre Deutung als Wehenschmerzen wird in diesem wie in einem früher von L. beobachteten Fall einer Nullipara durch die vorhandene Länge (5 cm) und Enge des Can. cervicalis bestätigt. Wegen der Enge des Orific. ext. musste der diagnostischen Ausschabung die Discision vorausgeschickt werden.

Trotzdem die klinischen Symptome so bestimmt auf Corpuscarcinom hinwiesen, war Pat. längere Zeit außerhalb specialistisch behandelt und in Bezug auf den Uterus als gesund entlassen worden, während die fortbestehenden Schmerzen als vom Darm ausgehend bezeichnet wurden.

Die Operation war bei der außerordentlich fettleibigen Kranken durch die Enge und Unnachgiebigkeit der Vagina und des Gewölbes und die Unmöglichkeit, den Uterus kräftig herabzuziehen, ganz ungewöhnlich erschwert. Man musste sich die Frage vorlegen, ob es bei solchen Schwierigkeiten der seitlichen Lostrennung und Unterbindung nicht richtiger gewesen wäre, die supravaginale Amputation des Uterus zu machen. Da jedoch das Präparat zeigt, dass die krebsige Entartung der Schleimhaut bis unmittelbar an das Orific. internum heranreicht, so erscheint die aufgewandte Mühe doch nicht vergeblich, die Prognose bezüglich des Recidivs günstiger als im anderen Fall. Das Befinden war bis jetzt (6. Tag post op.) ungestört.

Das gleichzeitige Vorkommen von Fibrom und Carcinom des Corpus ist in der letzten Zeit bekanntlich mehrfach betont worden; L. hat es unter 7 Fällen 2mal zu verzeichnen gehabt. Der rechts nahe dem Peritonealüberzug in der Wand sitzende walnussgroße Fibromknoten ist beweglich abgekapselt, frei von degenerativen Vorgängen.

II. Herr Ehlers hält den angekündigten Vortrag: Über Chlorzinkätzung bei Carcinom der Portio und Vagina.

Vor einiger Zeit wurde von Ely van de Warker eine wässerige koncentrirte Chlorzinklösung zur Ätzung von Carcinomflächen empfohlen und diesem Mittel eine specifische Wirksamkeit auf derartige Tumoren zugeschrieben. Herr Löhlein hat das Verfahren nachgeprüft und Vortr. die ausgestoßenen Stücke behufs genauer mikroskopischer Untersuchung übergeben. In der Litteratur finden sich keine Angaben, die eine specifische Wirkung erklären könnten, vielmehr beruht diese allein auf den stark hygroskopischen Eigenschaften des Chlorzinks. Die Anwendung bietet aber mannigfache Nachtheile: Unsicherheit der Dosirung, Schwierigkeit der Fixation an der gewünschten Stelle und daher oft Wirkung am unrechten Ort. Vortr. hat 4 Fälle genau untersucht: nur in Fall III ist die Wirkung eine für den Augenblick zufriedenstellende gewesen, in Fall I und IV sind nur gesunde Partien der Ätzung zum Opfer gefallen, und in Fall II hat sich die Ätzung als eine durch-

aus ungenügende erwiesen, und vor Allem ist nichts von einer specifischen Wirkung zu bemerken gewesen.

(Der Vortrag wird in extenso in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie abgedruckt.)

Diskussion: Herr Olshausen hält die Ätzung mit Chlorzink für nicht ungefährlich, da man die Weite der Wirkung dieses Ätzmittels nicht leicht abzuschätzen vermöge. Wegen der Disposition zur Entwicklung fester Narben beanstandet Herr Olshausen die Verwendung dieses Mittels auf der Uterusschleimhaut. Er hat mit andauerndem Erfolg sich hierzu der Jodtinktur bedient, deren blutstillende, sekretionbeschränkende Wirkung er nur zu rühmen hat.

Herr Bröse: Herrn Olshausen erwiedert B., dass er weit über 100 Fälle mit der intra-uterinen Chlorzinkätzung behandelt, aber, obwohl er jeden Fall hinterher genau untersucht, niemals bis jetzt eine Stenose beobachtet habe. Auch Rheinstädter, welcher diese Methode seit einer Reihe von Jahren anwendet, hat niemals Stenosen hiernach eintreten sehen. Es wird durch diese Art und Weise der Applikation des Chlorzinks nach der Überzeugung B.'s auch die Schleimhaut gar nicht gänzlich zerstört, so dass es zur Narbenbildung kommen kann, sondern nur die oberflächlichen Schichten angeätzt. Sie regenerirt sich nach der Ätzung gerade so wie nach einer Auskratzung mit dem scharfen Löffel. Das beweisen die Fälle, welche unmittelbar nach Beendigung der Behandlung koncipirten.

Herr E. Cohn hat eine größere Anzahl inoperabler Carcinome nach der üblichen Auskratzung mit Chlorzinklösungen behandelt, in der Absicht, eine schnelle und feste Vernarbung herbeizuführen. Es wurden Wattebäuschchen mit 10%iger Chlorzinklösung getränkt in die Höhle gestopft und nach 24 Stunden entfernt. Nach wenigen Tagen stieß sich der dünne Schorf in Fetzen ab und unter guten Granulationen verkleinerten sich und vernarbten die Wundhöhlen sehr schnell. Über die Dauer der relativen Heilung besitzt C. keine sicheren Beobachtungen. Diese Ätzung mit dünnen Chlorzinklösungen, die nicht zu solch tiefgehenden Zerstörungen führt, wie sie der Vortr. beschrieb, eignet sich für diejenigen Fälle, wo man so nahe der Blase, resp. Rectum und Douglas kratzt, dass von einer gründlichen Entfernung der Neubildung weder mit dem scharfen Löffel, noch mit dem Ferrum candens die Rede sein kann.

Herr Löhlein: Als Ely van de Warker im Jahre 1884 die von Herrn Ehlers kurz beschriebene Methode der Chlorzinkapplikation bei Carc. ut. empfahl, geschah es in erster Linie, um an die Stelle der fast überall im Ausland in Bezug auf ihre Gefährlichkeit und die Schwierigkeit ihrer Ausführung überschätzten Totalexstirpation, der Messeroperationen überhaupt, ein nicht weniger wirksames und dabei viel unblutigeres Verfahren treten zu lassen. Von diesem Gesichtspunkt aus habe ich das Verfahren nicht nachgeahmt, ich habe es vielmehr auf solche Fälle beschränkt, in denen wegen der Ausdehnung der Infiltration auf die Parametrien oder wegen deutlicher krebsiger Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen die Abtragung im gesunden Gewebe nicht mehr ausführbar erschien. Ich wandte es demnach in einer beschränkten Zahl von solchen Fällen an, wo ich wie viele Andere gewöhnlich Ausschabung mit nachfolgender Applikation von Ferr. candens ausführe.

Was mich zu den Versuchen veranlasste, war die Schilderung van de Warkers von der Art, wie das Chlorzink in so koncentrirter wässeriger Lösung und in so lange unterhaltenem Kontakt mit den Geweben, wirken soll, die reaktive Entzündung, die eintreten und die Demarkation bewirken soll, sobald völlig gesunde Gewebsschichten getroffen werden. Gerade in diesem wichtigsten Punkt haben meine Erfahrungen, wie die von Herrn Ehlers vorgelegten Präparate zeigen, jene Angaben nicht bestätigt. Dass an einem Präparat mehrfach zu sehen ist, wie die Absetzung zum Theil in carcinomatösem Gewebe erfolgte, wird nicht verwundern dürfen, da wir von keinem Kauterium eine so specifische Wirkung auf Carcinomgewebe kennen, dass es der Ausbreitung desselben in den Lymphbahnen überall hin folgen müsste.

Bezüglich der Art der Applikation bemerke ich übrigens, dass auch van de

Warker räth, und dass auch ich es so durchgeführt habe, wie Herr Cohn eben beschrieben hat, nämlich die nach der Excision und Abrasion des entarteten Gewebes entstandene Höhle gründlich auszutrocknen und dann mit kleinen, gut ausgedrückten Chlorzinkwattebäuschchen auszutapeziren, unter welche dann der schützende Tampon gelegt wird.

Üble Folgen habe ich in meinen Fällen nicht gesehen, namentlich hatte ich keine bei der Losstoßung des Schorfs erfolgende Nachblutung zu bekämpfen, auf die man sich indessen wohl gefasst machen muss. Außer der einen von Herrn Ehlers erwähnten Pat., die eine leichte Parametritis von wenig Tagen durchmachte, erfolgte keine Fieberreaktion. Die Wunden zeigten sehr kräftige Granulation, und es bildeten sich in zwei genauer verfolgten Fällen sehr derbe Narben.

Es ist außerordentlich schwer, die Wirksamkeit der verschiedenen Ätzmittel und den Erfolg namentlich auch bezüglich der Dauer vergleichend zusammenzustellen, da eben die Art und der Grad des Fortschreitens auf die Umgebung bei den Carcinomen so sehr differirt. Wie die neueste Litteratur zeigt, werden die Versuche immer wieder erneuert; so empfiehlt Chrobak rauchende Salpetersäure, Schramm Injektionen von Sublimat-Chlornatriumlösung in das Gewebe bei inoperablem Carcinom.

Was meine Versuche mit Chlorzinklösung betrifft, so berechtigen sie mich nicht, das Mittel zu widerrathen, aber eben so wenig, demselben Vorzüge vor anderen Kauterien zuzuschreiben.

Herr Vowinckel: Über Ätzung mit Chlorzinklösung bei Carcinomen habe ich keine Erfahrung, jedoch habe ich in einer Anzahl von Fällen bei inoperablem Carcinom des unteren Gebärmutterabschnittes in der Universitäts-Poliklinik für Frauenkrankheiten (Louisenstr. 51) Ätzungen mit einer harten Chlorzinkpaste vorgenommen, wie sie in der Czerny'schen Klinik angewandt wird, und wie sie von Steinthal, einem Assistenten Czernys, in seinem auf der 60. Naturforscherversammlung zu Wiesbaden über Chlorzinkätzung bei malignen Neubildungen gehaltenen Vortrag empfohlen wurde. Die Zusammensetzung ist folgende: 4 Theile Chlorzink werden mit 3 Theilen Farina tritici und einigen Tropfen Wasser zu einem Teig verrieben, welchem man 1 Theil Zinc. oxydat. zusetzt. Ich lasse mir diese Paste in Fingerdicke herstellen. Sie ist hart, aber man kann ihr mit Fingern und Messer jede gewünschte Form geben. Ich verwende sie in der Weise, dass ich ein der zu ätzenden Partie entsprechendes Stück in ein Gazeläppchen einhülle, welches ich unten mit einem Faden zubinde, der so lang ist, dass er bis vor die äußeren Genitalien reicht. Nachdem die erkrankte Stelle mit dem scharfen Löffel möglichst gründlich ausgekratzt und die Blutung gestillt ist, bringe ich die Paste an den gewünschten Ort und schütze die Scheide vor Anätzung durch in Öl getauchte oder mit Vaselin bestrichene Wattetampons. Wie es in der Czerny'schen Klinik geschieht, habe auch ich die Paste durchschnittlich 6 Stunden lang liegen lassen, in einigen Fällen etwas länger, in anderen, wo ich mich vor Anätzung der Blase oder des Rectums bezw. vor Eröffnung des Douglas fürchtete, kürzer. Nach Entfernung der Tampons und der Paste zeigt sich die Umgebung der Stelle, wo die letztere gelegen, mit derbem, lederartigem Schorf bedeckt, der sich nach einigen Tagen in größeren oder kleineren Stücken losstößt und eine kräftig granulirende Wundfläche zu Tage treten lässt, die große Tendenz zeigt, festes Narbengewebe zu bilden.

Die Nachbehandlung bestand in Tamponade mit Jodoformgaze. Bei einer derartigen Anwendung des Chlorzinks hatte ich recht günstige Erfolge zu verzeichnen. Niemals sind andere Stellen als diejenigen, welche geätzt werden sollten, angeätzt worden. Blutungen sind mir bei der Ätzung nicht vorgekommen, die Schmerzen der Pat. sind nicht übermäßig und werden durch kleine Morphiumgaben mit Erfolg bekämpft. Steinthal berichtet von 2—3 Tage anhaltenden Temperatursteigerungen bis auf 40° C. nach der Ätzung.

Ich habe, da ich bloß bei poliklinischen Pat. dieselbe vornahm, die Temperatur der Kranken in den auf die Ätzung folgenden Tagen nicht gemessen, die Kranken verneinten aber bei ihrer Wiederkehr die Frage, ob sie Fieber gehabt

hätten. Nach dem, was ich beobachtet habe, kann ich die Anwendung dieser Chlorzinkpaste nur empfehlen.

Herr Odebrecht spricht zunächst seine Freude darüber aus, dass Herr Bröse trotz der Autorität von Schröder den Ursprungssitz des Fluor albus nicht allein im Cervix, sondern auch im Uteruskörper sucht, und daher zur Bekämpfung desselben nicht nur die Schleimhaut des Kanales angreift, sondern auch in die Körperhöhle eingeht. Es lässt sich wohl nicht leugnen, dass trotz aller zur Beseitigung dieses für die Pat. wie für den behandelnden Arzt fast gleich lästigen Leidens vorgeschlagenen Heilmethoden noch immer Fälle übrig bleiben, in denen diese Methoden versagen. Die Abrasio der Körperschleimhaut und nachfolgende häufige Jodeinspritzungen, die Anwendung des Paquelin im Kanal lassen zuweilen doch noch im Stich. Starke Säuren, wie z. B. Ac. nitr. fum. im Corpus uteri rufen thatsächlich Narbenbildung hervor und sind daher nicht sehr empfehlenswerth und vom Redner wieder verlassen. So hat derselbe denn seit dem Vortrage des Herrn Bröse sehr gern zum Chlorzink gegriffen. Die Anwendungsweise ist leicht und ganz gut in der Sprechstunde ohne Assistenten auszuführen. Von Resultaten kann noch keine Rede sein, doch hat Redner bisher einen sehr günstigen Eindruck von der Wirkung der Ätzung mit 50%igem Chlorzink.

In gleicher Stärke, aber nicht in wässeriger Lösung, sondern als Paste, Zinc. chlor. und Amylum āā, wandte er dieses Ätzmittel einige Male bei Carcinomen an. Er ließ die Paste 6 Stunden liegen, beobachtete, dass ihre Ätzwirkung nicht über den Raum, in dem sie zur Geltung kommen sollte, hinausging, und bekam einen so schönen Ätzschorf, wie noch nie durch ein anderes Kauterium, weder aktuale noch potentiale. Zeigt einen solchen Ätzschorf, wie er ihn neulich gewonnen, herum. Eingeführt wird die Paste in einem kleinen Gazesäckchen.

Herr Veit will die Frage der besten Nachbehandlung nach der Auskratzung unoperirbarer Carcinome nicht weiter berühren. Keines der vorgeschlagenen Mittel ist im Stande, diese Fälle noch radikal zu heilen. Aber die Behandlung der Endometritis in der vorgeschlagenen Weise giebt ihm Veranlassung, an die relativ große Zahl von Hämatometren zu erinnern, die man jetzt nach operativen Eingriffen, besonders aber nach diesen Ätzungen sieht; sowohl nach der Anwendung des galvanokaustischen Porcellanbrenners wie der Salpetersäure hat er Verwachsungen, häufiger als Stenosen entstanden gesehen. Übrigens erinnert V. an die Verhandlungen der Londoner geburtshilflichen Gesellschaft, in der zuerst die Salpetersäure, zu ähnlichen Zwecken empfohlen, enthusiastisch aufgenommen wurde, um allmählich immer mehr und mehr gerade wegen der Stenosen und Hämatometren wieder zu verschwinden.

A. Martin kann nicht umhin, zu beklagen, dass keiner der Herren Redner sich seiner Versuche mit dem Chlorzink bei der Carcinombehandlung erinnert hat. Dieselben sind allerdings nur bei Gelegenheit der Empfehlung bestimmter Arten der Vernähung der ausgeräumten Carcinomhöhle nicht separatim veröffentlicht worden. A. Martin hat auf Empfehlung von Labbé in Paris die Pâte de Canquhoin — Amylum und Chlorzink 5 und 8 zu 1 — in zahlreichen Fällen von sogenannten inoperablen Carcinomen nach Auskratzung der Höhle angewandt. Die Paste blieb 6—24 Stunden liegen. Dann wurde sie entfernt. Bei ruhiger Bettlage der Kranken kam am 8.—12. Tage post applicationem eine eitrig-brandige Masse zur Ausstoßung, in der Gewebsfetzen ähnlich denen von Herrn Ehler's beschriebenen mit ganz ähnlichen mikroskopischen Bildern erkannt wurden. Die nach der Entleerung dieses Schorfes sichtbaren Granulationen waren üppig; es bildete sich eine sehr derbe Narbe, unter gewaltiger Verziehung der ganzen Umgebung. Das Resultat war zunächst recht befriedigend. Dann kamen aber Fälle, in denen die Ätzung bis in die Blase, das Rectum und Peritoneum wirkte, Kommunikationen entstanden und die Leiden der Frauen dadurch unerträglich wurden. Als dann noch mehrere Nachblutungen, von denen eine sogar den Tod durch Verblutung bedingte, trotz der sofortigen ärztlichen Hilfe, — habe ich die Chlorzinkpaste verlassen und in den letzten Bemerkungen zu dieser Sache, in meinem Buch über die Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten (Ed. II.

1887. p. 315) ausdrücklich davor gewarnt. Die heute hier vorgebrachten Erfahrungen scheinen meine damals abgeschlossenen Versuche mit Chlorzink zu bestätigen; ich werde darauf nicht wieder zurückkommen.

Wenn ich nun auch nach der von Herrn Bröse beschriebenen Weise nicht mit Chlorzink operirt habe, so lassen seine Erfahrungen mich doch Bedenken tragen, das Chlorzink zu unterschätzen. Es ist gewiss etwas Anderes, in kurzer Berührung zu ätzen, als mit einer stundenlang liegenden Paste; die Ätzwirkung des Chlorzink ist aber so mächtig, dass ich Bedenken trage, es zur Heilung von Endometritiden anzuwenden.

Herr Bröse: Herrn Veit und Martin entgegnet B., dass sich seine Anwendung des Chlorzinks mit der Anwendung der Chlorzinkpaste, wie sie in dem letzten Vortrag geschildert und wie sie von Herrn Veit und Martin bei Carcinomen gemacht, gar nicht vergleichen lasse. Es ist doch ein gewaltiger Unterschied, ob man eine mit Watte dünn umwickelte Aluminiumsonde, welche mit einer Chlorzinklösung befeuchtet ist, für einen Augenblick in den Uterus einführt, oder ob man eine Ätzpaste 6 Stunden auf einer wunden Fläche liegen lässt. Gewebsfetzen, wenigstens größere, hat B. nach seiner Applikation des Mittels niemals abgehen sehen. Es gingen nur kleine Stückchen, wohl größtentheils aus Schleimgerinnseln bestehend, ab, wie man sie nach jeder Jodeinspritzung beobachten kann. B. glaubt nicht, dass es jetzt ein besseres Mittel giebt, um den chronischen Gebärmutterkatarrh zu beseitigen und wird diese Methode auch weiter anwenden, selbst wenn einmal eine Stenose auftreten sollte. Denn nach der keilförmigen Excision der Cervicalschleimhaut, zu welcher die Gynäkologen ihre Zuflucht nehmen, wenn sie auf andere Weise den Katarrh nicht heilen können, hat er ebenfalls zuweilen Stenosen eintreten sehen.

---

8) Verhandlungen der Gesellschaft für Gynäkologie in Chicago.

Sitzung am 18. November 1887.

W. Jaggard zeigte das Präparat einer Hydrosalpinx vor. Die Tube war $2^1/_2$ Zoll weit, die Wand papierdünn und transparent. Das uterine Ende war durchgängig. Öfters erfolgten starke wässerige Ausscheidungen per vaginam.

Weiter berichtet derselbe über einen Fall von Fibrosarkom des Uterus, bemerkenswerth wegen der Schwierigkeit bei der Operation, welche mehr als 4 Stunden dauerte. Die Geschwulst hatte die Größe eines Mannskopfes, die vordere Seite derselben war in ganzer Ausdehnung mit dem Netz verwachsen, dessen Venen enorm ausgedehnt waren. An den Seiten und nach oben war Dünn- und Dickdarm innig mit der Geschwulst verwachsen, nur an einer kleinen Stelle war sie frei. Unbeweglich wie sie war, konnte kein Schlauch angelegt und die Ausschälung versucht werden. Erst nach 2stündiger Arbeit gelang es, sie so weit frei zu machen, dass linkerseits die Ovarialgefäße unterbunden werden konnten. Da die Geschwulst in die breiten Mutterbänder hinein gewachsen und mit dem Becken fest verwachsen war, so musste Ligatur angelegt und durchtrennt werden. Der Stiel hatte den Durchmesser eines Mannesschenkels. Tod nach 48 Stunden an Erschöpfung. Während des Lebens hatte nie Blutung bestanden.

Knox berichtet über 3 Fälle von Steißlagen mit ausgedehnten Dammrissen komplicirt; bei sämmtlichen war die Zange an dem nachfolgenden Kopf angelegt worden. Die Kinder waren ungewöhnlich groß, 10—12 Pfund schwer.

Eine lebhafte Diskussion, an welcher sich Jaggard, Nelson, Earle betheiligen, knüpft sich an die interessante Mittheilung.

Bayard Holmes: Primäres Myom des breiten Mutterbandes bei einer 35jährigen Ipara. Vor $^1/_2$ Jahr war ein kleiner beweglicher Tumor, welcher für ein prolabirtes Ovarium gehalten wurde, hinter dem Uterus entdeckt worden. Derselbe nahm ziemlich rasch an Größe zu und wurde unbeweglich. Wegen heftiger Beschwerden wurde Entfernung desselben beschlossen. Dieselbe war wegen der Unbeweglichkeit der Geschwulst schwierig, doch gelang es, sie herauszuschälen und die Öffnung im Peritoneum durch die Naht zu schließen. Glatte Heilung. Die

Geschwulst hat die Größe einer Männerfaust, ist rund und glatt, auf dem Durchschnitt fest, enthält einzelne Kavernen. Die Kerne gleichen sehr denen glatter Muskelfasern, nahe den Blutgefäßen sind sie oval oder rund und sehr groß. Fibröses Gewebe findet sich sehr sparsam.

An die Mittheilung des Falles knüpft H. eine Besprechung der Litteratur. Außer den von Sänger mitgetheilten 11 Fällen hat er noch 6 weitere, 3 von Freund, je 1 von Bantock, von Fenger und seinen eigenen gesammelt und zusammengestellt. **Engelmann** (Kreuznach).

9) **S. J. Radcliffe** (Washington, D. C.). Ein seltener Fall von schmerzloser Ausdehnung und Vorfall der Blase zwei Monate nach der Entbindung.

(Med. news 1888. Februar 4. p. 120.)

35jährige Frau, IIIpara, letzte Entbindung und Wochenbett ohne jede Besonderheit. Zwei Monate nachher unternimmt sie einen weiteren Gang, wobei sie ihr Baby im Kinderwagen selbst fährt. Bei der Beendigung dieses Ganges wird sie plötzlich von schwerem Collaps befallen. Der Arzt fand das Abdomen (nur auf Druck) äußerst schmerzhaft und im Introitus vaginae einen prallen, elastischen Tumor, der den Scheideneingang völlig verlegte; es bestand keine Schwellung der Genitalien, kein Harnträufeln, keine Veränderung der Mündung der Urethra. Die Einführung eines langen elastischen Katheters enthüllte den Tumor als die Blase, die zum Zerspringen gefüllt war mit frischem Urin. Nach Entleerung der Blase rascher Eintritt des Wohlbefindens; für einige Zeit musste noch der Urin täglich ein- bis zweimal mit dem Katheter entleert werden.

Krentzmann (San-Francisko).

10) **Arotander** (Dänemark). Scarlatina in puerperio.

(Myeskrift for Loger 4 R. 14. Bd.)

Eine 28jährige Frau bekam 2 Tage nach der Geburt Schüttelfrost und Schmerzen im Unterleibe, am 4. Tage wurde sie vom Verf. gesehen, es fand sich dann ein über Leib und Extremitäten verbreitetes, diffuses, scarlatinaähnliches Exanthem, keine bedenkliche Angina. Uterus empfindlich, Lochien fötid, hohes Fieber. Die Krankheit verlief mit schweren Symptomen und benommenem Sensorium, erst in der 3. Woche war der Zustand beruhigend. Keine nephritische Komplikation; dagegen deutliche Stomatitis, reichlich lamellöse Abschuppung folgte. 4 Tage nach der Krankheit der Mutter bekam eine 7jährige Tochter Scarlatina, und 14 Tage später zwei Kinder einer Schwester, die die Kranke pflegte. In anamnestischer Beziehung wurde aufgeklärt, dass in demselben Hause, wo die Hebamme wohnte, Scarlatina kurz vorher bei einer anderen Familie aufgetreten war.

Ingerslev (Kopenhagen).

11) **A. Anderson** (Stockholm). Abgang eines Uteromyoms 3 Tage nach der Geburt ohne Blutung.

(Hygiea 1887. August.)

31jährige Primipara, bisher gesund, mit reichlicher Menstruation in den letzten 3 Jahren, wurde nach normal verlaufender Schwangerschaft in der Entbindungsanstalt aufgenommen. Die Geburt verlief regelmäßig, nach derselben fühlte sich der Uterus fest kontrahirt, voluminöser als gewöhnlich. Während des Harnlassens am 3. Tage ging ohne Schmerzen oder Blutung eine hühnereigroße birnförmige Geschwulst ab, nicht gestielt. Dieselbe war ein Fibrom, an einer großen Strecke mit Deciduagewebe bekleidet. Puerperium verlief normal. Eigenthümlich war die symptomlose Elimination, welche leicht hätte unbemerkt bleiben können. Verf. glaubt, dass hier und da Beispiele sogenannter schneller Resorption eines Myoms als unbemerkte, spontane Elimination gedeutet werden können.

Ingerslev (Kopenhagen).

12) **V. Schmidt** (Prag). Fall von Myoma uteri mit Hydrastis canadensis behandelt.

(Prager med. Wochenschrift 1887. No. 42.)

Eine 46jährige Frau, welche nur einmal gravid gewesen und im 3. Monat abortirt hatte, bemerkte seit 3 Jahren eine wachsende Geschwulst im Abdomen, welche schließlich Mannskopfgröße erreichte. Durch heftige Metrorrhagien kam Pat. mehr und mehr herunter. Eine plötzliche, äußerst profuse Blutung rief Symptome bedrohlicher, akuter Anämie hervor. S. verordnete nach Hebung derselben Hydrast. canad. 4mal täglich $1/2$ Theelöffel. Nächste Menses traten relativ schwach erst nach 4 Wochen ein, von da ab blieben sie normal. Pat. erholte sich vollständig. Der große Tumor hatte nach $3^1/_2$ Monat bedeutend an Volum abgenommen. **Graefe** (Halle a/S.).

13) **M'Graw** (Detroit). Ein Fall von Dermoidcyste bei einem Kind.

(Med. age 1887. No. 14.)

M'G. entfernte bei einem 9jährigen Mädchen durch die Laparotomie eine Dermoidcyste des rechten Ovarium. Glatte Heilung. **Graefe** (Halle a/S.).

14) **J. Bartlett** (Chicago). Eine Couveuse.

(Med. age 1887. No. 14.)

Das für zu früh Geborene bestimmte Wärmebett besteht aus einer doppelwandigen Metallwanne, welche an ihrem einen Ende durch zwei Röhren mit einem kleinen Kessel in Zusammenhang steht. Die obere derselben mündet direkt in den von den beiden Wänden eingeschlossenen Hohlraum; die untere dagegen geht am Boden bis an das entgegengesetzte Ende, welches in seinem oberen Theil eine Öffnung trägt, um den Apparat mit dem nöthigen Wasser füllen zu können. Die Erwärmung des letzteren erfolgt durch eine unter den Kessel gestellte Lampe. Die Temperatur des Wassers wird durch einen besonders konstruirten Thermometer gemessen, welcher in die Eingussöffnung getaucht wird. Er befindet sich in einer ihn nicht eng umschließenden Metallhülse, welche wieder mit einem Holzmantel umgeben ist. Wird der Thermometer aus der Couveuse zum Ablesen der Temperatur entfernt, so wird in der Metallhülse Wasser mit herausgeschöpft, dessen schnelle Abkühlung durch die Holzumkleidung der Hülse verhindert wird, so dass man die Temperatur des in der Couveuse enthaltenen Wassers peinlich genau erhält.

Falls der dünne Boden der Couveuse undicht werden sollte, so sichert eine denselben nach unten durchsetzende Öffnung, welche mit Watte leicht ausgestopft ist, den Abfluss. **Graefe** (Halle a/S.).

15) **Schönberg** (Christiania). Credé's Methode als Prophylacticum gegenüber Ophthalmoblennorrhoe.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1886. p. 129.)

Verf. giebt ein Résumé über die Blennorrhoen in der Entbindungsanstalt Christiania, vor und nach Einführung der Credé'schen Methode, was im Jahr 1882 geschah. In den vorhergehenden 7 Jahren schwankte die jährliche Zahl der Blennorrhoen zwischen 4—19%, nach dem genannten Zeitpunkte ist die Zahl 1% gewesen. Von den angegriffenen Kindern vor 1882 bekamen 4% geschwächtes Sehen, 1,6% wurden blind, was in keinem Falle nach 1882 eintrat. Verf. hebt hervor, dass die Blennorrhoea neonatorum eine große Rolle in Norwegen für das Erblinden spielt und meint, dass die Nothwendigkeit der Methode außerhalb der Anstalt in privaten Verhältnissen überlegt werden muss.

Ingerslev (Kopenhagen).

16) **Schönberg** (Christiania). Ein neues osteomalacisches Becken.

(Klinisk Aarbog 1887.)

In Norwegen sind bisher nur zwei osteomalacische Becken beschrieben, das dritte, vom Verf. zugefügt, ist das erste schon während der Geburt konstatirte.

Unter 4 vorausgehenden Geburten waren die dritte leicht, die vierte schwierig, mit todtem Kinde. Die Osteomalacie war in der 3. Schwangerschaft aufgetreten und besonders während der 4. exacerbirt, dann wieder in dieser letzten 5. Gravidität, mit Schmerzen und Beschwerden beim Gehen. Die Diagonalconjugata wurde bis 9,5 cm gemessen, eigenthümlich war die Einsenkung der 3 obersten Sacralwirbel ins Becken mit scharfem Winkel an der Übergangsstelle zwischen dem 3. und 4. Pat. war der Entbindungsanstalt mit der Diagnose Spondylitis zugeschickt, damit künstliche Frühgeburt eingeleitet werden konnte. Dies geschah auch, die Geburt hatte aber einen außerordentlich trägen Verlauf, denn erst 16 Tage nach dem Beginnen der Dusche und des Bougieeinlegens wurde die Geburt durch Perforation und Kranioklasie beendet. Mit Blut und Gehirn wog das Kind nur 1400 g. Bei der Entlassung wurden die Beckenmaße im Ausgange zu 8 cm für D. recta, 5,5 cm für D. transversa berechnet (somit wohl absolute Indikation für Sectio caesarea [Ref.]).

Ingerslev (Kopenhagen).

17) **Kopler** (New York). Jodismus bei einem Säugling.

(Med. record 1887. September 24. p. 424.)

Eine säugende Frau erhielt Jodkalium, schon nach 2 Tagen brach bei dem Kind ein papulöses Exanthem aus, welches sich immer weiter verbreitete, bis das Mittel ausgesetzt wurde. Nun verschwanden die Papeln, um nach Wiederaufnahme der Jodbehandlung durch die Mutter sofort wiederzukehren.

Lühe (Demmin).

18) **M. Zweigbaum** (Warschau). Tuberkulöse Geschwüre der Vulva, Scheide und der Vaginalportion.

(Gazeta lekarska 1887. No. 8.)

Bei einer 32jährigen Pat. fand Verf. in der Vaginalwand (links und hinten ein kavernöses Geschwür mit elevirten, harten, unebenen Rändern; die Geschwürsoberfläche war mit einer dicken Schicht grauen, speckartigen Sekretes belegt. Auf der Vaginalportion ein ähnliches Geschwür. Der Uterus vergrößert, schmerzhaft. Scheidengewölbe intakt, Inguinaldrüsen intumescirt, hart, schmerzlos. Der Perkussionsschall über der rechten Lungenspitze gedämpft, bronchiales Athmungsgeräusch daselbst; spärlicher Schleimauswurf. Unterleib besonders bei Druck empfindlich. Der Harn enthält Spuren von Eiweiß. Pat. klagt über Fieberanfälle, heftige Schmerzen in der Genitalsphäre, reichlichen, übelriechenden Ausfluss und Abweichen; Amenorrhoe seit 8 Monaten. Im späteren Verlauf wucherte der Krankheitsprocess in der Vagina auf die linke kleine Schamlippe über, welche binnen Kurzem ganz zerstört wurde. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwürspartikelchen und angrenzender Gewebe wies Tuberkelbacillen auf. Die Behandlung bestand in Ausspülungen mit Karbolwasser und Bestreuen der Geschwürsoberflächen mit Jodoform. Nachdem auf diese Art der Speckbeleg entfernt wurde, konnte man auf der granulirenden Geschwürsoberfläche graue, hervorragende Knötchen in ziemlicher Menge beobachten. Nach 5monatlichem Aufenthalte in der Heilanstalt tödlicher Ausgang, nachdem auch die linke Lungenspitze angegriffen wurde, Harnbeschwerden in Folge Übergreifens des Processes auf die vordere Scheidenwand und sub finem vitae eine Mastdarmscheidenfistel sich gebildet hatte.

Verf. ist außer Stande anzugeben, ob hier Tuberkulose der Genitalien als primäre, oder aber als sekundäre Erscheinung zu betrachten sei.

F. Rosner (Lemberg).

19) **Gulinski** (Warschau). Ein Fall von puerperaler Entzündung der Schamfuge und beider Hüftkreuzbeingelenke. (Symphysitis abscedens et arthritis utriusque synchondroseos sacroiliacae puerperalis.)

(Gazeta lekarska 1887. No. 42.)

Ipara, 24 Jahre alt, während der Schwangerschaft vollkommen gesund. In der Eröffnungsperiode leichte Fiebererscheinungen. Becken normal. Wegen schwacher Geburtswehen Forceps beim tiefen Kopfstand. Sehr leichte Entwicklung eines

ausgetragenen todten Kindes. Tags darauf Schmerzen in der Gegend der Symphyse und in beiden Hüftkreuzbeingelenken, welche bei Bewegung und Druck an Heftigkeit zunehmen; nach etlichen Tagen die Gegend der Symphyse leicht ödematös. Kein Fieber. Am 17. Tage nach der Entbindung Schüttelfrost und Fieber, Anschwellung und Röthung der Schamgegend und der rechten großen Schamlippe; Fluktuation. Die mit äußerst heftigen Schmerzen verbundene Untersuchung weist Beweglichkeit in der Schoßfuge auf. Harndrang, Schmerzen beim Uriniren. Involution normal. Incision der rechten Schamlippe, Entleerung von bedeutenden Mengen übelriechenden Eiters und Ausschabung der rauhen Eiterhöhle. Vollkommene Genesung binnen 3 Wochen bei Drainage und antiseptischer Behandlung. Die Schmerzen halten noch längere Zeit in der linken Kreuzdarmbeinfuge an, es kommt jedoch zu keiner Eiterung. **F. Rosner** (Lemberg).

20) **Hunter** (New York). Ein Fall von akuter Magenerweiterung nach Laparotomie.

(New York med. journ. 1887. Oktober 1. p. 385.)

Nach einer Entfernung der Tuben und Eierstöcke trat unstillbares Erbrechen und Entweichen von Gas per os auf, am 8. Tag erfolgte unter den Zeichen der Erschöpfung der Tod. Bei der Autopsie wurde die ganze Bauchhöhle durch den stark ausgedehnten Magen angefüllt vorgefunden, die Magenwände waren stark verdünnt, die Schleimhaut katarrhalisch erkrankt. Der Inhalt war ein ganzes Gallon voll saurer Flüssigkeit. Sonst keine Zeichen von Peritonitis, oder irgend welche andere Erkrankungen, nur ein Leistennetzbruch. Offenbar erscheint die Entstehung dieser Magenerweiterung sehr räthselhaft. **Lühe** (Demmin).

21) **Chadwick.** Hernia ventralis nach Laparotomie und ihre chirurgische Behandlung.

(New York med. journ. 1887. Oktober 1. p. 385.)

Eine dichte Naht der Bauchwunde dürfte die größte Sicherheit gegen die Entstehung einer Hernia ventralis nach Bauchschnitten bieten im Verein mit Vermeidung aller Spannung durch geeignete Nachbehandlung in Bezug auf Nahrung und Darmentleerung. Ist aber einmal ein Bauchbruch entwickelt, so ist das Bestehen der alten Narbe kein Hindernis für eine Radikaloperation. In einem von ihm operirten Fall fand er die peritonealen Schnittflächen aus einander gewichen, er vereinigte sie mittels Seidennähten. Schwierig erwies sich dabei die Rücklagerung der vorgefallenen Darmschlingen, so dass die Operation zwei Stunden dauerte. Es scheint Heilung eingetreten. **Lühe** (Demmin).

22) **Cale** (St. Louis). Blinde Endigung der Vagina. (Aus der Kinik des Prof. Bauer.)

(Internat. med. and surg. journ. Vol. I. No. 1. p. 11.)

Misslungene Cohabitationsversuche führten eine junge Frau zu B. Es fand sich eine nur $2^1/_2$ Zoll lange Scheide, welche blind endete, der Uterus fehlte an seiner normalen Stelle vollkommen. Es war ferner ein rechtsseitiger Leistenbruch vorhanden mit festem Inhalt. Letzterer kann reponirt werden, der Inguinalkanal lässt den Zeigefinger durchtreten. Nach der Festigkeit des Gewebes zu schließen scheint das vorgefallene Organ der Uterus zu sein. Nur wenn die Hernie einmal weitere Störungen veranlassen sollte, will B. sich zu einem Einschnitt verstehen und dann einen Versuch machen, den Uterus in Verbindung mit der Scheide zu setzen, falls er normal sein sollte. **Lühe** (Demmin).

23) **Purcell.** Bericht über 4 Kolpo-Hysterektomien wegen Uteruskrebs.

(Provincial med. journ. 1887. Oktoberheft p. 444 u. Novemberheft p. 483.)

P. machte wegen Uteruskrebs 4mal die Totalexstirpation der Gebärmutter von der Vagina aus, jedes Mal mit günstigem Ausgang, was das Leben betraf. Aber in 1 Fall trat nach 10 Monaten der Tod an Recidiv ein, in 1 Fall wurde nach

4 Monaten schon ein solches festgestellt, 2 Fälle scheinen frei zu bleiben, es ist aber noch nicht genug Zeit seit der Operation vergangen. In einem der letzteren Fälle wurde die Blase verletzt und mit Silbernähten genäht, ohne dass dadurch weitere Störungen verursacht waren. Stets ließ er Peritoneum und Vagina unvereinigt und drainirte durch eine Glasröhre; die Ovarien wurden mitentfernt, die breiten Mutterbänder meist en masse unterbunden. Die schwierigste Aufgabe ist die, die Ureteren zu schonen, es gelingt dies, wenn man sich die breiten Mutterbänder herabholt und vor der Durchschneidung genau besichtigt.

Lühe (Demmin).

24) **Ribemont-Dessaignes** (Paris). Über das Herableiten eines oder beider Arme als Mittel zur Extraktion des Rumpfes nach der Perforation bei engem Becken.

(Annal. de gynécol. 1887. November.)

Verf. erläutert die Methode durch Fälle theils aus eigener, theils aus der Praxis Anderer. Da die französischen Ärzte stets versuchen, mittels Forceps die Geburt bei engem Becken zu beenden, mag das vorgeschlagene Verfahren dort öfters in Anwendung kommen. Bei der in Deutschland üblichen Leitung der Geburt beim engen Becken wird die von R. empfohlene Methode — mit und ohne Frakturirung der Armknochen — nur in äußerst seltenen Ausnahmefällen Anwendung finden.

W. Nagel (Berlin).

25) **Apostoli** (Paris). Über die neue elektrische Behandlung der periuterinen Entzündung. (Perimetritis, Parametritis, Phlegmone, Entzündung des Beckenzellgewebes.)

(Bull. géner. de thérap. 1887. Bd. CXIII. Hft. 6.)

Zu Beginn einer akuten peri-uterinen Entzündung (Phlegmasia péri-uterine) ist

1) der Farada'sche Strom im Stande, die Schmerzen zu beseitigen und das akute Stadium abzukürzen;

2) der konstante Strom, und zwar in Gestalt des Galvanokauters, ist ein mächtiges Hilfsmittel, um die Resolution im subakuten Stadium zu erzielen;

3) mittels der Galvanopunktur ist man im Stande die chronischen Fälle der obengenannten Erkrankungen in jedem Stadium mit Erfolg zu bekämpfen.

Über die Einzelheiten des Verfahrens muss im Original nachgesehen werden.

W. Nagel (Berlin).

26) **S. Fraenkel** (Breslau). Über subkutane Antipyrininjektion bei schmerzhaften Krankheiten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1887. No. 41.)

F. berichtet über vorzügliche Erfolge, welche er mit subkutanen Antipyrininjektionen bei schmerzhaften Leiden der verschiedensten Art erzielt hat. Er fand, dass schon ½ Spritze einer 50%igen Lösung, also 0,25 Antipyrin, zur Analgesirung einer 6—7 cm im Durchmesser haltenden Stelle genüge. Auch 3—4 Injektionen dieser Dosis zugleich an verschiedenen Stellen vorgenommen, riefen keine Intoxikationserscheinungen hervor. Die erzielte Schmerzlosigkeit hielt in minimo 6—8 Stunden an, in den meisten Fällen kehrte der Schmerz an der Stelle in weit geringerem Maße oder gar nicht mehr zurück.

F. hofft, dass die subkutane Antipyrininjektion die Anwendung des Morphiums wesentlich beschränken wird.

Graefe (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 31. Sonnabend, den 4. August. 1888.

I. Dehnungsstreifen in der Halshaut des Fötus.

Von

Prof. R. Kaltenbach.

Die Veränderungen, welche Knochen und weiche Bedeckungen des Fruchtschädels unter der Geburt erleiden, sind in ihrer ätiologischen, klinischen und forensischen Bedeutung allgemein bekannt. Dagegen scheint bis jetzt ein Befund, welcher sich unter bestimmten Verhältnissen an Nacken und Hals der Frucht ausbilden kann, der Aufmerksamkeit der Fachgenossen entgangen zu sein. Wenigstens finde ich, so weit meine Litteraturkenntnis reicht, nirgends das Auftreten eigenthümlicher rother Streifen erwähnt, welche quer über vordere oder hintere Fläche des Halses verlaufend die größte Ähnlichkeit mit Schwangerschaftsstreifen darbieten und in der That auch nichts Anderes darstellen als Kontinuitätstrennungen, welche in Folge hochgradiger Dehnung innerhalb der Cutis entstehen.

Ich habe diese Streifen in jüngster Zeit zweimal unter so charak-

teristischen Verhältnissen auftreten sehen, dass über die Entstehungsursache derselben ein Zweifel nicht obwalten kann.

Der erste Fall betraf das vierte Kind einer 28jährigen Frau; dasselbe war nach 3stündiger sehr heftiger Wehenthätigkeit geboren worden, nachdem das Fruchtwasser angeblich schon 5 Tage zuvor abgegangen war. Das Kind wog 3000 g; der Kopfumfang betrug 36 cm. Der Schädel wurde in maximaler Beugung geboren und trug auf der Spitze des Hinterhauptes eine auffallend starke Geburtsgeschwulst. Über den Nacken des Kindes zogen sich in querer Richtung eine Reihe theils parallel, theils in rhomboidalen Maschen angeordneter, röthlicher Streifen, welche sich bis in den behaarten Theil des Schädels hereinerstreckten. Am folgenden Tage waren die Streifen stark abgeblasst und nach 3 Tagen waren sie nahezu verschwunden; über denselben fand eine auffallend starke Abschilferung der ebenfalls querdurchrissenen Epidermis statt.

Zwei Tage später wurde ein 2850 g schweres Kind von einer 25jährigen Zweitgebärenden in Gesichtslage geboren. Hier fanden sich ganz dieselben Streifen an der vorderen Seite des Halses, quer über Kehlkopf und Trachea verlaufend. Auch sie verschwanden nach 2—3 Tagen, nachdem sich ebenfalls die in der Richtung der Streifen durchrissene Epidermis von den Rissrändern aus stärker abgeschilfert hatte.

Nach diesen beiden Beobachtungen konnten die streifenartigen Gebilde nur als Folgeerscheinungen stärkster Dehnung der Haut aufgefasst werden. In beiden Fällen, welche uns die extremsten Grade von Beugung und Streckung des Schädels vorführten, fanden sich die Streifen an jenen Stellen, wo die Haut des Halses die stärkste Spannung zu erleiden hatte: in Fall I, bei der maximalen Beugung des Kopfes, im Nacken; in Fall II, bei maximaler Streckung, an der vorderen Fläche des Halses. Im ersten Falle trug neben der Schädelhaltung entschieden auch die sehr starke Kopfgeschwulst, welche zu ihrer Überkleidung neben der Haut des Schädels schließlich auch diejenige des Halses heranzog, Schuld an der Entstehung der Dehnungsstreifen. Die Kenntnis dieses Befundes und seine richtige Deutung scheinen mir nicht ganz unwichtig zu sein. Treten die Streifen bei einer Gesichtslage an der vorderen Fläche des Halses auf, so können sie eventuell einem, mit dem Phänomene nicht vertrauten, Arzte als Strangulationsmarken resp. als Folgen äußerer Gewalteinwirkung erscheinen. Andererseits möchte ich erwähnen, dass der Praktikant in unserem ersten Falle die im Nacken sitzenden Streifen, da die Mutter nicht ganz unverdächtig erschien, ganz irrthümlich als Zeichen kongenitaler Lues glaubte auffassen zu müssen.

Halle a/S., Juli 1888.

(Aus der gynäkologischen Klinik zu Gießen.)

II. Kasuistischer Beitrag zur Atrophie der weiblichen Genitalien bei Diabetes mellitus.

Von
Dr. **August Nebel.**

Von der in Folge des Diabetes mellitus auftretenden Amenorrhoe mit Atrophie der inneren Genitalien, speciell der Ovarien, sind, trotzdem durch die Publikationen meines verehrten Chefs, des Herrn Prof. Hofmeier (Berlin. klin. Wochenschr. 1883, No. 42), und Cohn's (Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. Bd. XIV, Hft. 1) die Aufmerksamkeit auf sie gelenkt wurde, weitere Fälle seither nicht bekannt geworden. Es scheint danach, dass dieses Symptom des Diabetes mellitus nicht etwa früher immer übersehen wurde, sondern dass es wirklich seltener ist, als man nach Analogie mit der bei männlichen Zuckerkranken häufig beobachteten Impotenz hätte meinen sollen. Ich sehe mich desshalb veranlasst, einen weiteren in hiesiger Klinik kürzlich zur Beobachtung gekommenen eklatanten Fall dieser Art mitzutheilen.

Frau K. aus B., 37 Jahre alt, hat 6mal geboren, zuletzt vor 7 Monaten. Die früheren Schwangerschaften und Geburten sind alle normal verlaufen. Gegen Ende der letzten Schwangerschaft bemerkte Pat. einen auffallend starken Durst und häufigen Urindrang. Der Leib, der bis dahin normale Verhältnisse dargeboten hatte, soll von dieser Zeit ab kolossal angewachsen sein, so dass der Arzt wegen der dadurch veranlassten Beschwerden im 8. Monat die künstliche Frühgeburt eingeleitet habe. Das sehr schwächliche Kind starb nach 4 Tagen. Wochenbett vollkommen normal verlaufen. Durst und Polyurie blieben bestehen und halten bis jetzt an. Die Körperkräfte haben dabei beträchtlich abgenommen. Menstruation seit der Geburt nicht wieder eingetreten.

Befund: Pat. von ausgesprochen kachektischem Aussehen, mit sehr defekten Zähnen. Herz und Lungen gesund. Scheide auffallend eng, besonders das hintere Scheidengewölbe. Scheidenschleimhaut blass mit ausgebreiteter fleckiger Röthung. Uterus klein und schlaff, Sondenlänge $4^1/_2$ cm. Beide Ovarien an normaler Stelle, sehr schlaff, von der Größe einer Bohne. (Der Befund war bei der Schlaffheit der Bauchdecken mit großer Deutlichkeit zu erheben.)

Tägliche Urinmenge durchschnittlich 4250 ccm mit einem specifischen Gewicht von 1032—1040 und einem Zuckergehalt von $3^1/_2$—4%.

Die Klagen der Pat. beziehen sich nur auf den quälenden Durst und den häufigen Urindrang, die sie auf das Ausbleiben der Menses zurückführt. Irgend welche anderen Beschwerden sind nicht vorhanden.

Der Einfluss des Diabetes ist hier evident. Alle früheren Wochenbetten waren normal verlaufen, und die Menstruation in der Zwischenzeit immer vollkommen regelmäßig. Eben so verlief das letzte Puer-

perium ohne irgend welche Störung, und Laktation hatte nicht statt. Der Eintritt des Wochenbettes in der ersten Zeit des Bestehens der Krankheit komplicirt allerdings etwas den Fall, aber immerhin kann die jetzt noch bestehende Amenorrhoe in Verbindung mit der Atrophie des gesammten Genitalapparates nur auf Rechnung des Diabetes gesetzt werden.

Die Kranke wurde, nachdem sie einige Tage hier beobachtet worden war, der medicinischen Klinik überwiesen, wo unter strenger Diabeteskost und regelmäßiger Darreichung kleiner Opiumdosen die tägliche Urinmenge auf ca. 1500 ccm mit einem Zuckergehalt von $1^1/_2$—$2^1/_2$% herunterging. Ob aber bei fortschreitender Besserung des Grundleidens später, wie es in leichteren Fällen beobachtet wurde (Lecorché, Du diabète sucré chez la femme, Paris 1886, p. 171), die Menstruation wieder eintritt, ist mir bei dem hohen Grad der bereits eingetretenen Veränderungen zweifelhaft. Ich werde den Fall im Auge behalten und eventuell später weiter darüber berichten.

---

1) **R. Olshausen** (Berlin). Über puerperale Mastitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 14.)

O. ist der Ansicht, welche die meisten jüngeren Geburtshelfer mit ihm theilen werden, dass die Mastitis stets Folge einer Infektion sei, welche auf 2 Wegen erfolgen kann, entweder durch Schrunden der Warze oder, was häufiger der Fall, durch das Lumen der Milchkanäle. Findet zuvor eine Stauung der Milch statt, so kann hierdurch die Ansiedelung der Bakterien begünstigt werden. Meist handelt es sich um Staphylokokken.

Die Prophylaxe besteht in Reinhaltung der Warzen, zweckmäßiger Desinfektion derselben, wenn sie wund geworden und auch Reinhalten des kindlichen Mundes. Ist es schon zu einer Mastitis gekommen, so soll das Kind sofort abgesetzt, die Brust hochgebunden, ein Abführmittel gereicht und bei oberflächlichem Sitz der Entzündung eine Eisblase aufgelegt werden.

Dauert das Fieber länger als 36 Stunden, so ist mit Sicherheit auf Abscedirung zu rechnen. Sie erfordert Incision, Drainage und antiseptische Nachbehandlung. **Graefe** (Halle a/S.).

---

2) **R. Frommel** (Erlangen). Zur Therapie und Anatomie der Tubenschwangerschaft.

(Separatabdruck aus: Beiträge zur pathologischen Anatomie, experimentellen Pathologie und praktischen Medicin.)

Leipzig, **F. C. W. Vogel**, 1887.

F. knüpft an einen von ihm mit Erfolg operirten, von Sander veröffentlichten Fall (Münch. med. Wochenschr. 1887 No. 17, ref. Centralbl. 1887 No. 32) von Tubenschwangerschaft an. Derselbe hat in ihm die schon zuvor gehegte Überzeugung befestigt, dass wir bei Ruptur einer graviden Tube, wenn der Collaps nicht bereits zu

tief ist, verpflichtet sind, operativ einzugreifen, d. h. die blutende Tube zu unterbinden und exstirpiren, dies um so mehr, als es in letzter Zeit festgestellt ist, dass die spontane Stillung der Blutung viel seltener eintritt, als man bisher annahm, ja, dass auch bei Hämatocelenbildung noch ein nicht unbeträchtlicher Theil der Kranken in Folge dieser zu Grunde geht.

Den hier in Kürze wiedergegebenen, klinischen Bemerkungen lässt F. einen Bericht über einige interessante Befunde bei der anatomischen Untersuchung der exstirpirten Tube folgen. Es fand sich eine sehr bedeutende Hypertrophie der Muskulatur der Tube, besonders der cirkulären Schicht derselben. Sie trat stärker in dem leeren Theil als in dem, in welchem das Ei sich entwickelt hatte, hervor. Letzterer war in seinen unteren, nach dem Mesosalpinx hin gerichteten Partien vollständig mit Epithel ausgekleidet, während ungefähr das obere Drittel keine Epitheldecke zeigte. Dieses wurde von einem außerordentlich stark entwickelten Stratum rein decidualen Gewebes begrenzt. F. vermuthet hier die Implantationsstelle des Eies, eine Annahme, welche durch den Nachweis einzelner in sehr loser Verbindung mit der Decidua stehender Chorionzöttchen an Wahrscheinlichkeit gewinnt. Auch in dem ganzen übrigen Hohlraum fand sich unter dem Epithel eine, wenn auch weniger bedeutende Schicht schön entwickelter Decidua. Die oft sonderbare Form der Epithelien, ihre Verbindung, resp. ihr Übergang in die Deciduazellen geben einige vorzügliche Abbildungen der mikroskopischen Präparate wieder. Auf Grund der durch die letzteren erhaltenen Befunde nimmt F. an, dass bei Tubenschwangerschaft das Epithel sich wenigstens theilweise an der Deciduabildung betheiligt; ob auf dem Wege der direkten Kerntheilung oder einer regressiven Metamorphose lässt er dahin gestellt, neigt aber eher letzterer Anschauung zu.

Schließlich konnte F. an seinem Präparate deutlich die Bildung einer Decidua reflexa nachweisen. **Graefe** (Halle a/S.).

---

3) **L. Landau** (Berlin). Zur Behandlung des Gebärmutterkrebses.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 10.)

L. giebt einen kurzen Bericht über 9 Totalexstirpationen des Uterus. In 7 Fällen handelte es sich um Cancroide der Portio, in einem um ein Sarkom des Corpus uteri, schließlich um einen myomatösen Uterus. Er giebt bei Cervixcarcinom der Totalexstirpation vor der supravaginalen Amputation der Portio den Vorzug, hauptsächlich weil er die Ansicht derer nicht theilt, welche annehmen, dass Cervixkrebse erst allmählich auf das Corpus übergreifen, nicht aber dort zu Metastasen führen, resp. dass maligne Schleimhauterkrankungen des Corpus in den Anfangsstadien des Portiokrebses nicht vorkommen. Bestärkt ist er hierin noch durch die überraschenden Resultate, zu welchen sein Assistent Abel bei der mikroskopi-

schen Untersuchung der entfernten Uteri kam. Dieser konnte schwere Veränderungen der Corpusschleimhaut in allen Fällen, in 3 eine ausgebildete, sarkomatöse Entartung konstatiren.

Zur Totalexstirpation verwandte L. die bekannte Czerny-Schröder'sche Methode mit der von Richelot angegebenen Modifikation, welche Nähte und Unterbindung fortlässt und an ihre Stelle temporär liegen bleibende Klemmen setzt. Bemerkenswerth ist, dass er mittels derselben nicht allein die Lig. lata, Tuben und Lig. rotunda fasst, sondern auch jede Blutung durch sie stillt, so dass am Schluss der Operation nicht selten 20 und noch mehr Pinces in der Scheide liegen. Zwischen sie werden nach Entfernung des Uterus einige Jodoformgazestreifen gestopft, dann die aus der Vulva herausragenden Griffe mit einem Tuch umwunden. Nach 48 Stunden werden die Pinces abgenommen. Dauer der Operation 15—20 Minuten. L. verlor von seinen in dieser Art operirten 7 Kranken eine, nicht in Folge der Operation, sondern an Ileus, welcher erst aufgetreten, nachdem Pat. am 4. Tag ohne Wissen der Wärterin das Bett verlassen und umhergegangen war. Wahrscheinlich war hierdurch eine Darmschlinge in die trichterförmige Öffnung des Scheidengrundes hineingeschlüpft und hatte sich durch Abknickung incarcerirt. Bei einer Kranken kam es nach Abnahme der Klemmen schon 24 Stunden post operat. zu einer heftigen Nachblutung. Durch erneute Anlegung derselben wurde sie gestillt. Pat. genas.

Nicht unerwähnt darf bleiben, dass die meisten Kranken bis zur Abnahme der Kompressorien über heftige Schmerzen klagen.

Zum Schluss der Arbeit weist Verf. darauf hin, dass selbst die mikroskopische Untersuchung in manchen Fällen beginnender suspekter Erkrankung der Portio die Diagnose im Zweifel lässt. Hier räth er, ehe man sich zur Operation entschließt, erst einen Versuch mit einer lokalen und allgemeinen Behandlung zu machen.

Graefe (Halle a/S.).

---

4) **Leopold Meyer** (Kopenhagen). Beiträge zu der pathologischen Anatomie der chronischen Entzündung der Uterusschleimhaut (Endometritis corporis chronica). Mit Abbildgn.

(Vortrag in der gynäkologischen Sektion des 9. internationalen med. Kongresses.)
(Separatabdruck aus den »Annals of Gynæcology« 1887. November und December. Boston.)

M. hat eine Reihe von Untersuchungen an Theilen der Uterusschleimhaut vorgenommen, welche durch Ausschaben mit dem Löffel wegen Menorrhagie an einer Reihe von Kranken gewonnen waren, um die krankhaften Veränderungen dieser Schleimhaut histologisch festzustellen. Die bisherigen Untersuchungen sind nicht hinreichend, insbesondere konnte M. in dem Zwischendrüsengewebe nie das Netzwerk finden, welches Heinricius beschreibt. Jedoch findet M. wie Heinricius, dass das Zwischendrüsengewebe aus 2 verschiedenen Arten von Kernen oder vielmehr Zellen besteht: runden oder poly-

gonalen Kernen, wenig größer als rothe Blutzellen, welche durch Färbemittel stark gefärbt werden und größere ovale Kerne mehr granulärer Art, welche sich nur wenig färben. Erstere, welche auch eine leicht spindelförmige Gestalt annehmen können, bilden im gesunden Zustande die Hauptmasse des Zwischendrüsengewebes, während die großen Zellen, welche Deciduazellen ähnlich sind, sich aus jenen bei Reizzuständen (Endometritis, Menstruation, Schwangerschaft) entwickeln. Abbildungen erläutern diese Verhältnisse, indem Übergangsformen bis zu ganz vollkommen ausgebildeten Deciduazellen dargestellt sind. Gleich Leopold findet M. solche Decidua-ähnliche Zellen in völlig jungfräulichen Genitalien während der Menstruation. Dagegen konnte Verf. die gleichfalls von Leopold bei der Menstruation gesehenen Riesenzellen nur in einem Fall auffinden.

Während Heinricius als oberste Epithellage auch »schuppiges« Epithel fand, hat M. solches nie gesehen, wohl aber zeigen sich auch hier starke Veränderungen. Die Oberfläche wird uneben, papillös, die einzelnen Zellen stoßen sich lebhaft ab und verändern ihre Gestalt, werden länger und dünner, oder auch kürzer und dicker. Auch diese Gestaltveränderungen sind durch Abbildungen vor Augen geführt.

Lühe (Demmin).

---

5) **J. Neumann** (Wien). Der Tripper beim Weibe.

(Internat. klin. Rundschau 1888. No. 7 und 8.)

Bis in die neueste Zeit huldigte man der Ansicht, dass der Tripper beim Weibe häufiger sei als beim Manne, und dass das Weib den Tripper häufiger mittheile als empfange. Jetzt beginnt man sich der gegentheiligen Ansicht zuzuneigen, und den Tripperprocess als eine der häufigsten Krankheiten der weiblichen Genitalien anzusehen (Nöggerath, Sänger, Olshausen, Schwarz). Ersterer hat den von ihm so häufig beobachteten Zustand des weiblichen Genitales »latente Gonorrhoe« genannt, und lässt dieselbe durch chronischen Tripper des Mannes veranlasst sein. Es können nach der Infektion Monate und Jahre vergehen, ehe charakteristische Symptome in die Erscheinung treten; diese sind dann diverse Katarrhe des Genitaltraktes, akute, rekurrirende und chronische Perimetritiden und Ovaritiden, Störungen der Menstruation, der Fruchtbarkeit und des Nervensystems. Andere Forscher, vor Allem H. Fritsch, verhalten sich jedoch dieser Ansicht gegenüber mehr ablehnend. In jedem Falle erscheint dem Verf., dem sich auch Andere wie Fürbringer u. A. anschließen, die Ansicht, dass der Tripperprocess regelmäßig den ganzen Genitaltrakt von der Vulva bis zum Tubenende angreife (Nöggerath, Schwarz), sicher übertrieben. Die klinische Diagnose der chronischen Gonorrhoe beim Weibe setzt sich aus folgenden Symptomen zusammen:

1) Erkrankung einer gesunden Frau kurz nach der Verheirathung oder nach einem Wochenbette an einem Leiden der Geschlechtsorgane mit darauffolgenden unverhältnismäßig schweren hysterischen

Erscheinungen; 2) die Anwesenheit einer Urethritis; 3) Katarrh der Ausführungsgänge der Bartholin'schen Drüsen; 4) spitze Kondylome der Vulva, Vagina, des Dammes, des Anus und der Schenkelfalten; 5) die Gegenwart einer Kolpitis granularis; 6) eiterige Absonderung der Vulva, Vagina und des Uterus bei Anwesenheit von Erosionen; 7) Salpingo-Perimetritis und Ovariitis glandularis.

Auch die vielen Fälle von Ophthalmoblennorrhoea neonatorum werden als für die große Häufigkeit des weiblichen Trippers sprechend angeführt. Bei jungfräulichen und jung verheiratheten Individuen begegnet man am häufigsten der Vulvitis, eventuell der Urethritis, bei älteren Frauen der Vaginitis und Endocervicitis; bei Prostituirten der Urethritis und Endocervicitis. **v. Buschman** (Wien).

---

6) **Krafft-Ebing** (Graz). Über pollutionsartige Vorgänge beim Weibe.

(Wiener med. Presse 1888. No. 14.)

Beim Weibe tritt das Wollustgefühl langsamer auf und verliert sich auch langsamer als beim Manne; es kommt dadurch zu Stande, dass die durch Friktion gesetzte sensible Reizung des Genitalschlauches reflektorisch durch ein dem Ejaculationscentrum des Mannes analoges Centrum sich in einen peristaltischen Kontraktionsvorgang der Muskelfasern der Tuben und des Uterus umsetzt, wodurch der Tuba- und Uterusschleim ausgepresst wird. Das Eintreten der wollüstigen Erregung inter actum ist beim Weibe analog wie beim Manne abhängig:

a) von dem peripheren Moment der Intensität und Dauer der sensibeln Reizung;

b) von dem Stande der Erregbarkeit des Reflex- (Ejaculations-) Centrums im Lendenmark, welches bei manchen Frauen, wie es scheint, nie aktionsfähig wird; bei normalen Frauen aber ist die Erregbarkeit dieses Centrums während der Menstruation am größten. Dauernde Nichtbefriedigung oder abnorme Befriedigung des Geschlechtsreizes führt zu hysterischen und neurasthenischen Zuständen, in deren Gefolge die Pollutionen aufzutreten pflegen. Diese werden meist durch psychische Reize (lascive Traumvorstellungen) ausgelöst; bei sehr bedeutendem Grade von Neurasthenie kann auch schon die Phantasie des wachen Lebens Pollutionen herbeiführen. Eine noch höhere Stufe des reizbaren Genitallebens scheint darin zu bestehen, dass auch der bloße Erethismus und Orgasmus der Genitalien ohne Intervention der Phantasie die Pollution auf rein spinalem Wege herbeiführen kann.

Wahrscheinlich liegen auch den Coïtushallucinationen irrsinniger Weiber solche Pollutionen zu Grunde. **v. Buschman** (Wien).

Kasuistik.

7) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

135. Sitzung am 12. April 1888.

Vorsitzender: Herr Grenser, Schriftführer: Herr Korn.

I. Herr Leopold demonstrirt

1) ein neugeborenes Kind mit Spina bifida. Er hat versucht, das Übel durch Operation zu beseitigen.

2) einen total exstirpirten Uterus, dessen Vaginalportion sarkomatös entartet ist.

3) ein beginnendes Kystom eines Ovarium von Apfelsinengröße.

4) ein beginnendes Dermoidkystom von Hühnereigröße.

II. Herr Meinert: 1) Demonstration eines Vaginalpolypen (Elephantiasis mollis).

Die Trägerin desselben war eine 71 Jahre alte dekrepide Dame mit Hydrops, Hemiparese und Aphasie in Folge Arteriosklerose. Der Polyp, von der Größe und Form eines Hühnereies, wurzelte in der Mitte der hinteren Vaginalwand. Er wurde exstirpirt, weil sich an seinem aus der Schamstelle hervorragenden Abschnitt ein hartnäckig blutender Decubitus entwickelt hatte.

Histologischer Befund (Prof. Neelsen): Lockeres, fibrilläres Bindegewebe mit eingesprengten Sternzellen und einzelnen Muskelzügen, so wie mit sehr reichlichen dilatirten Blut- und Lymphgefäßen, also entsprechend der seither nur an den äußeren Genitalien beobachteten Elephantiasis mollis.

2) Incision von Tubarsäcken von der Vagina aus (2 Fälle).

1. Fall. 26jährige Nullipara. Gonorrhoische Infektion mit Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Beginnende Krankheit am 6. Tage des Puerperiums. Klinisches Bild einer exsudativen Pelveoperitonitis mit durch 6 Monate sich hinziehendem intermittirendem Fieber. Die im 4. Monat vorgenommene Untersuchung ergab nirgends Fluktuation der den Uterus umschließenden Exsudatmassen. Erst im 6. Monate kam es zur Entwicklung einer fluktuirenden Geschwulst im Douglas.

2. Fall. 25jährige IIpara. Der Ehegatte gestand, die Frau in der 4. Woche ihres Puerperiums mit seinem von einer Puella publica frisch erworbenen Tripper inficirt zu haben. Stürmischer Verlauf. Bei Übernahme der Behandlung reichliches Sekret aus Urethra und Cervicalkanal, Sublimatausspülungen, Jodoformstift, Tamponade mit Jodoformgaze vermochten das Tiefergreifen des Processes nicht aufzuhalten. In der 12. Woche hochfebrile Beckenperitonitis mit fibrinösem Exsudat und bedrohlichen Collapsen. In der 14. Woche ist Fluktuation in der sich ziemlich rapid im Douglas entwickelnden Geschwulst nachzuweisen.

In beiden Fällen bestätigt sich bei der Incision die auf Flüssigkeitsansammlung in einer im Douglas gelagerten Tube gestellten Diagnose. Beide Male wurde durch Incision und Drainage Heilung herbeigeführt. Die incidirten Tumoren, im 1. Fall Hydrosalpinx, im 2. Pyosalpinx mit je ca. $1/2$ Liter Inhalt, unterscheiden sich von freien Flüssigkeitsansammlungen im Cavum retro-uterinum durch ihre kolbige Form und ihr keilförmiges Vordringen im Septum recto-vaginale bis zur halben Länge der Vagina herab.

3) Sectio caesarea bei einer Septischen.

28jährige Ipara, am normalen Ende der Schwangerschaft. Der Blasensprung hatte 70 Stunden vor der Operation stattgefunden und die Wehenthätigkeit war während dieser Zeit — abgesehen von 2 Stunden Pause am 2. Tage — eine angestrengte gewesen. Am 2. Tage stellte sich Fieber, hochgradige Athemnoth und unstillbares Erbrechen ein. Ende des 3. Tages wurde M. gerufen und fand die erschöpfte Kreißende mit trockenen Schleimhäuten, quälendem Durst, keuchender beschleunigter Respiration, Temperatur 39,0; Puls 94, bisweilen aussetzend. Portio zwischen Promontorium und Symphyse eingekeilt, Muttermund für 2 Finger durchlässig. Kind in erster Schädellage, Kopf über dem Beckeneingang, Herztöne links der Medianlinie hörbar. Tympania uteri. Plattes Becken. Spinae und Cristae 24 cm, Trochanteren 30 cm, Conj. vera auf $6^1/_2$ cm geschätzt, in Wirklichkeit (spä-

tere direkte Messung) 6 cm. Sofortige Überführung in die Klinik des Vortragenden. Daselbst Bad. Sectio caesarea am Abend des 12. Januar 1888 unter Assistenz der Drr. Gilbert, Schottin und Wermann. Operation nach Sänger, ohne Resektion von Muscularis. Heftmaterial: Silberdraht und Seide. Aus dem eröffneten Uterus dringt unter zischendem Geräusch Luft mit Fruchtwasser und Meconium von penetrant fauligem Geruch. Nach Entleerung des Inhaltes sorgfältige Desinfektion des Uterus von innen und außen. Die Serosa der hinteren Uteruswand rauh und injicirt, sonst kein Zeichen von Peritonitis. Ziemliche Euphorie am 1. Tage nach der Operation, am 2. Tage zunehmende Erscheinungen von exsudativer Peritonitis. Temperatur 39,0, Puls 142. Der untere Theil der Bauchwunde wird geöffnet und reichliche Mengen trüber Flüssigkeit entleeren sich. Auswaschung der Peritonealhöhle mit 1‰igem Salicylwasser. Drains und Jodoformdocht werden beiderseits am Uterus in die Tiefe geführt. 12 Stunden später Wiederholung der Auswaschung Tod am 3. Tag nach der Operation. Die Uterusnaht hatte gut gehalten.

Das starke Kind war asphyktisch, athmete aber bald. Noch 2 Tage lang roch sein Athem faulig. Es wird mit Kuhmilch ernährt und gedeiht gut.

Diskussion: Herr Leopold bemerkt ad 2, dass in dem ersten der mitgetheilten Fälle die Diagnose des Hydrosalpinx nicht sicher sei, wenigstens spräche aus den ganz kurzen Mittheilungen des Herrn Vortr. nichts mit Sicherheit für einen Tubentumor, vielmehr der Verlauf eben so gut für ein perimetritisches Exsudat. Das angeführte Symptom, dass die Flüssigkeit unter starkem Drucke gestanden habe, könne ferner eben so gut für eine Parovarialcyste sprechen. Diese Annahme habe sogar noch manches Andere für sich, so z. B. den Umstand, dass die Geschwulst hauptsächlich nach der Scheide zu gewachsen sei. Übrigens sei die Incision der Tuben von der Vagina aus schon vielfach geübt. Er selbst habe mehrfach Fälle derart operirt und ziehe er es vor, festverwachsene Tubenstöcke anstatt von der Bauchhöhle aus in Angriff zu nehmen und von Neuem großen Gefahren auszusetzen, vom Scheidengewölbe her entweder nur zu öffnen, oder ganz zu entfernen.

Herr Meinert bleibt dennoch bei seiner Diagnose hauptsächlich aus dem Grunde, dass der Tumor, wie man deutlich mittels Sonde nachweisen konnte, sich nach oben zu trichterförmig verengte und weil durch wiederholte Untersuchungen in den folgenden Monaten die allmähliche Rückbildung des schrumpfenden Sackes zu einer unerkennbaren bleistiftdicken Tube verfolgt werden konnte.

Herr Bode, welcher den vom Vortr. als rasch entwickelten Hydrops tubae aufgefassten Fall vorher behandelt hat, theilt mit, dass es sich um ein massiges, starres, parametritisches Exsudat gehandelt habe, welches nicht unbedeutend anteuterin entwickelt war. Unter Abnahme des Exsudates und Wiederansteigen des unregelmäßigen Fiebers kurz vor Übergang der Pat. an Herrn Meinert konnte Herr Bode eine Erweichung des Exsudates konstatiren, so dass von ihm eine theilweise purulente Einschmelzung erwartet wurde. Auf Grund seines wiederholt aufgenommenen Palpationsbefundes und aus anatomischen Gründen kann sich Herr Bode der Annahme des Herrn Vortr. nicht anschließen; er kann sich aber vorstellen, dass sich eine bestehende parovariale Cyste, wie sie Herr Leopold annimmt, während ihrer Einhüllung in starre Exsudate der Palpation entziehen müsste.

ad 3. Herr Leopold giebt zunächst im Allgemeinen seinem Erstaunen darüber Ausdruck, dass Herr M. in dem vorliegenden Falle überhaupt den Kaiserschnitt gemacht habe. Nach seiner Ansicht wäre die richtigere Operation die Perforation des Kindes gewesen. Mit derselben hat er mehrere sehr schwere Fälle, komplicirt mit Tympania uteri, durchgebracht. Das kindliche Leben hätte hier gar nicht in Betracht gezogen werden dürfen; in erster Linie musste die Mutter gerettet werden. Dass dies selbst noch in ganz verzweifelten Fällen von Tympanie mit Hilfe der Perforation möglich sei, könne jeder erfahrene Geburtshelfer bestätigen.

Herr Meinert kann sich zu der Ansicht des Herrn Leopold nicht bekennen.

Auch er habe sich gesagt, man rette, was man retten könne und habe nach diesem Grundsatze sein therapeutisches Vorgehen eingerichtet.

Die schweren Allgemeinerscheinungen bei völligem (auch durch den anatomischen Befund intra-operationem bestätigten) Mangel lokaler (namentlich peritonitischer) Entzündungssymptome ließen ihn nicht zweifeln, dass es sich bekanntlich um die maligneste Form von Sepsis, die sogenannte primäre Septikämie, gehandelt habe, wie man sie in den Gebärhäusern nur noch höchst selten, nicht so selten jedoch nach Laparotomien beobachte. Bei so minimaler Aussicht für das Leben der Mutter beständen seines Erachtens die Indikationen des Kaiserschnittes in der Agone zu Recht, zumal wenn, wie im vorliegenden Fall (6 cm Conj. v. rigider enger Muttermund bei einer Ipara), die Perforation mit Extraktion eine äußerst schwierige und nicht mit der wünschenswerthen Schnelligkeit zu Ende zu führende sei. Die Möglichkeit und das Bestreben, das mütterliche Leben zu erhalten, habe er keinen Augenblick aus den Augen verloren, habe aber, wie die Dinge lagen, die Perforation und Extraktion nicht für den leichteren Eingriff ansehen können.

Herr Bode berichtet zu dem Falle von Sectio caesarea des Herrn Meinert, dass er als erster Arzt zu der seit mehreren Tagen schon in der Geburt befindlichen Frau gerufen wurde, deren Zustand ihm jedoch nicht so desolat erschien, dass die augenblickliche Entbindung drängte; er traf desshalb zunächst Anordnungen, um den Kräftezustand der Kreißenden zu heben, die Wehenthätigkeit zu ordnen und Zeit für die Beobachtung des weiteren Verlaufes zu gewinnen. Fern von der Ängstlichkeit, nöthigenfalls den Kaiserschnitt vorzunehmen, erschien Herrn Bode die Perforation des lebenden, oder noch besser des bis später vielleicht abgestorbenen Kindes, wenn nöthig mit Incisionen der starren und geschwellten Muttermundslippen als die zweckmäßigste und leicht auszuführende Operation, um der Erstgebärenden für weitere Schwangerschaften das Leben zu erhalten. Herr Bode war desshalb erstaunt, als er nach etwa 2 Stunden in die Wohnung der Kreißenden zurückkehrte, zu vernehmen, dass dieselbe inzwischen auf Veranlassung des hinzugezogenen Herrn Meinert zur Entbindung in dessen Klinik übergeführt worden sei. Gerade der Umstand aber, dass die zu Entbindende durch lange Geburtsdauer und Quetschung der Cervix, sei nun beginnende Sepsis vorhanden gewesen oder nicht, schon gelitten hatte, veranlasste Herrn Bode, dem Gedanken an eine so eingreifende Eröffnung der Bauchhöhle durch den Kaiserschnitt weiteren Raum in dem Falle nicht zu geben.

---

8) **A. Stadfeldt** (Kopenhagen). Bericht aus der kgl. Entbindungs- und Findelanstalt Kopenhagens 1887.

(Separat-Abdruck.)

Die Zahl der in der Anstalt und deren Filialen Aufgenommenen (vom 1. April bis 31. December 1886) war 1163, in der Anstalt selbst 418, in den Filialen 745. Die Zahl der Geburten war 1141 (davon 644 Erstgebärende). Im Ganzen wurden 97 operative Eingriffe notirt. Die ganze puerperale Mortalität war 8 : 1141 = 7‰ (auch die nach den Hospitälern Transferirten sind in diese Mortalität eingefasst). Die puerperale Morbilität war 120‰. Die nicht puerperale Mortalität war ungemein hoch, betraf 12 Fälle (3 Eklampsien, 2 Pyelonephritis, 2 Mrb. cordis, 1 Empyem, 2 Bronchit. chron. und Phthise, 1 Anaemia acuta und 1 Apoplexie), die gesammte Mortalität »im Kindbett« somit 19 : 1141, d. h. 18‰. Von den Neugeborenen in der Anstalt, den Filialen und im Findelhause starben 59 (in den ersten Tagen 22).

Ingerslev (Kopenhagen).

9) **L. Meyer** (Kopenhagen). Über Scharlach bei Wöchnerinnen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1887. Bd. XIV. Hft. 2.)

M. bringt einen sehr interessanten Beitrag zu der viel erörterten, aber doch immer noch nicht zum Abschluss gebrachten Frage der Scarlatina puerperalis. Das von ihm verwandte Material ist ein ungewöhnlich reiches zu nennen. Es umfasst 18 Wöchnerinnen, welche während eines Zeitraumes von ca. $1^1/_2$ Jahren in der

Kopenhagener Entbindungsanstalt resp. deren Filialen erkrankten. Die Epidemie wurde durch Hebammenschülerinnen eingeschleppt. In Betreff der Verbreitung derselben und der einzelnen Krankengeschichten muss Ref. auf das Original verweisen. Hier mögen nur die Schlüsse, welche M. aus seinem Beobachtungsmaterial zieht, Platz finden. Kurz zusammengefasst sind es ungefähr folgende:

Die Komplikation des Wochenbettes mit Scharlach scheint keine häufige zu sein. Die Incubationszeit beträgt im Puerperium 2—4 Tage, ist also dieselbe, welche nach neuesten Beobachtungen (Flindt) dem Scharlach überhaupt zugeschrieben wird. Sollte sie aber doch, wie von Manchen angenommen wird, eine kürzere wie sonst sein, so würde sich dies dahin erklären lassen, dass die Solutiones continui bei Wöchnerinnen die Aufnahme des Ansteckungsstoffes erleichtern und dadurch zu einer schnelleren Entfaltung der Wirkung derselben Anlass geben. Für die Theorie der Übertragung der Infektionskeime durch die Geburtswege sprechen die verhältnismäßig häufigen, auf Exkoriationen der Vulva bei Wöchnerinnen auftretenden diphtheroiden Affektionen, während diphtheritische Angina hier verhältnismäßig selten ist. Eine leichte Halsaffektion findet sich dagegen ziemlich oft.

Das Scharlachexanthem scheint sich schnell zu verbreiten. Im Gegensatz zu Olshausen fand es M. in seinen Fällen in der Regel ziemlich bleich, nur selten stark hervortretend. Komplikationen seitens der Niere wurden bei der Hälfte der Pat. beobachtet, noch häufiger rheumatische Affektionen. Abgesehen von den schon erwähnten diphtheroiden Belegen an der Vulva sind auch andere Komplikationen von Seiten der Genitalorgane nicht selten. Sie scheinen um so eher aufzutreten, je früher nach der Geburt der Scharlach anfängt. Doch können sie auch ganz fehlen. Ist dies der Fall, so kann der Verlauf der Krankheit bei Wöchnerinnen eben so leicht, wie bei anderen sein.

Die Diagnose macht gewöhnlich keine Schwierigkeiten, zumal wenn man Gelegenheit hat, die Pat. von Anfang an zu beobachten, doch kann sie besonders dann eine sehr schwierige sein, wenn bereits septisch inficirte Wöchnerinnen an Scharlach erkranken.

Die Prognose ist nach M.'s Erfahrungen nicht so ungünstig zu stellen, wie es gewöhnlich geschieht. Die Behandlung soll im Wesentlichen die bei Scharlach gebräuchliche sein, im Besonderen darauf hinzielen, puerperale Sepsis abzuhalten, da eine gesteigerte Neigung für diese bei Scharlach besteht.

Die Kinder scharlachkranker Wöchnerinnen erkranken sehr selten an Scharlach. M. beobachtete nur einen, noch dazu nicht ganz zweifellosen Fall.

Graefe (Halle a/S.).

10) **L. Fürst** (Leipzig). Über suspektes und malignes Cervixadenom.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1887. Bd. XIV. Hft. 2.)

F. schließt seine Arbeit, welche an einen von ihm beobachteten Fall anknüpft, in dem aus einem Kysto-Adenom der Cervixschleimhaut nach Auskratzung und energischer Kauterisation mit dem Paquelin — die Pat. konnte sich zu der ihr vorgeschlagenen Totalexstirpation nicht entschließen — sich im Lauf von $1^1/_2$ Jahren ein Uteruscarcinom entwickelte, mit folgenden Sätzen:

1) Das Adenoma ut. simplex (einfache glanduläre Hyperplasie), bei welchem die Uterindrüsen zwar vermehrt und vergrößert sind, aber noch in Bau und Epithelbelag ihren typischen Charakter bewahrt haben, bei welchem ferner das interstitielle Gewebe zwar verdrängt ist, aber noch keine außergewöhnliche Zellwucherung darbietet, auch ein Sprossen in die Tiefe ausgeschlossen ist, darf man als gutartig bezeichnen.

Doch ist es nicht rathsam, sich mit Ausschabung, Ätzung und ähnlichen Eingriffen zu begnügen, sondern zur Excision zu schreiten, da die Neubildung zu maligner Entartung inklinirt.

2) Das Adenoma ut. suspectum (destruirende glanduläre Hyperplasie), welches, gleichviel, ob es lokalisirt oder diffus auftritt, Neubildung atypischer Drüsenschläuche neben mehr oder weniger erhaltenen normalen Drüsen, eingelagert in zellenreicheres Bindegewebe, zeigt, ferner Vermehrung des Drüsenepithels und Tendenz zur Sprossung in die Tiefe darbietet, ist, selbst wenn noch keine soliden

Zapfen nachzuweisen sind, als zweifellos verdächtig anzusehen und neigt zur Perniciosität.

Man darf sich nicht mit der Excision begnügen, sondern soll rechtzeitig zur Uterusexstirpation greifen, die in diesem Fall eine für die Radikalbehandlung günstige Prognose bietet.

3) Das Adenocarcinoma uteri, bei welchen die typischen Drüsenformen größtentheils zu Grunde gegangen sind, epitheliale Infiltrationen und solide Krebszapfen in zellenreicher Grundsubstanz gefunden werden, ist absolut maligner Natur. Es bietet selbst bei totaler Uterusexstirpation eine für die Radikalbehandlung zweifelhafte, meist ungünstige Prognose, da die Chancen, im Gesunden zu operiren, geringer sind. Die Behandlung wird meist nur palliativ sein können.

4) Für die Entscheidung über das operative Verfahren bei Cervixadenomen sind die klinischen Symptome weniger verwerthbar, als der pathologisch anatomische Befund. Es ist desshalb in jedem nicht unverdächtigen Fall möglichst frühzeitig die Untersuchung von Probestückchen der Schleimhaut vorzunehmen.

5) Jeder ungenügende Eingriff schadet mehr als er nutzt. Er begünstigt Recidive und jedes Recidiv einen destruirenden Verlauf. **Graefe** (Halle a/S.).

11) **L. Fürst** (Leipzig). Zur Kasuistik der Bauchdeckentumoren.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1887. Bd. XIV. Hft. 2.)

Bei einer 26jährigen Frau, welche vor ca. 2 Jahren einen Stoß in der Gegend des rechten Epigastrium erlitten hatte, entwickelte sich allmählich eine schmerzhafte Verhärtung in der Lebergegend. Diese wuchs bis zu Gänseeigröße. Von mehreren Ärzten war die Diagnose auf Lebertumor gestellt. F. entschied sich dagegen nach genauer Untersuchung für eine von der Muskulatur oder Fascie des Rectus abdom., eventuell des Obliqu. ext. ausgehende Geschwulst. Die Operation bestätigte seine Vermuthung. Durch Ausschälung gelang es, den Tumor verhältnismäßig leicht zu entfernen. Die Heilung erfolgte bei Drainage der restirenden Wundhöhle und leichtem antiseptischen Kompressivverband fieberlos.

Die mikroskopische Untersuchung der Neubildung ergab, dass sie überwiegend aus großen spindeligen Zellen und nur aus spärlichem Bindegewebe bestand. F. möchte sie daher als ein gutartiges Spindelzellensarkom oder als Desmoid bezeichnen. **Graefe** (Halle a/S.).

12) **Schatz** (Rostock). Ovariotomie.

(Separatabdruck aus No. 106 des Korrespondenzblatt des allgemeinen meklenburgischen Ärztevereins.)

S. spricht über 2 Fälle von Ovariotomie in jugendlichem Alter; der erste betrifft ein 14jähriges Mädchen, bei welchem sich im Verlaufe eines halben Jahres eine große Ovariencyste entwickelt hatte. Glatte Ovariotomie. Dabei zeigt sich das zweite Ovarium gleichfalls entartet. Partielle Resektion desselben, da an ihm noch ein schmaler Streifen gesunden Ovarialgewebes vorhanden war; Genesung.

Der zweite Fall kam bei einem 16jährigen Mädchen zur Beobachtung, bei welcher sich unter peritonitischen Reizerscheinungen linkerseits eine feste Geschwulst entwickelt hatte. Durch die Operation wurde ein mannskopfgroßer, solider Tumor entfernt, der in seinem Inneren bereits zum größten Theil gangränös zerfallen war und welcher sich durch die Untersuchung als Carcinom herausstellte. Neben ihm wurde eine zweite, kindskopfgroße, mit den Darmschlingen innig verbundene, bläulich durchscheinende Geschwulst bemerkt, welche beim Herausheben zerplatzte und eine schleimig-eitrige Flüssigkeit entleerte. Bei der Stielbildung ergab sich, dass dieser zweite Tumor aus einer Dünndarmschlinge bestanden hatte. Resektion einer 10 cm langen Darmschlinge des unteren Ileum. Im Verlauf Fieberbewegung in Folge eines Bauchdeckenabscesses. Pat. bekam bald ein Recidiv, dem sie zu Hause erlag.

Alsdann demonstrirt S. einen Kolpolithen von der Größe eines Rettigs mit oben aufsitzendem walnussgroßen Knopf. Derselbe entstammte einem 18jährigen Mädchen, welches 2 Jahre vor der spontanen, aber sehr schmerzhaften Ausstoßung desselben durch Onaniren mit einer Haarnadel, letztere in der Harnröhre verloren

hatte. Dieselbe war mit dem umgebogenen Ende nach vorn in die Blase gelangt, hatte dort mit den beiden Spitzen die Blasenscheidenwand durchbohrt und durch fortwährendes Abträufeln von Urin nach der Scheide hin Veranlassung zur Steinbildung gegeben. Der Knopf entsprach dem noch in der Blase befindlichen abgebogenen Ende der Nadel, welches erst nach Gangränescenz der zwischen den Branchen derselben befindlichen Blasenschleimhautbrücke zusammen mit dem Scheidentumor ausgestoßen werden konnte.

Sodann theilt S. die Geburtsgeschichte einer bis zum 9. Monat getragenen Frucht mit, bei welcher durch Verschluss der Harnröhre eine überaus starke Ausdehnung der Harnblase, des Urachus und der Ureteren stattgehabt hatte. Dieselbe führte zum Riss der Harnblase und Entleerung des Urins in die Bauchhöhle. Als der Kopf nach spontaner Geburt dem gewöhnlichen Zuge nicht folgte, wurde er bei wiederholtem kräftigen Ziehen abgerissen. Dessgleichen wurden beim Versuch der Lösung des Rumpfes durch Einhaken in die Schultern die Vorderarme im Ellbogengelenk abgerissen und die Schultergelenke subkutan gelöst. Die jetzt ausgeführte Wendung auf die Füße führte zum Abreißen der Beine. Nachdem endlich die Nabelschnur aus dem stark ausgedehnten Leibe herausgerissen war, flossen 2 Liter Flüssigkeit ab und die Extraktion ging jetzt leicht von statten.

Ovariotomie bei einem 24jährigen Mädchen; normaler Verlauf.

Zum Schluss spricht S. über die Entfernung einer über mannskopfgroßen Cyste des linken Lig. lat. bei einer 40jährigen Virgo; Ausschälung der Cyste und Einnähung der Wundhöhle in Trichterform in die untere Hälfte der Bauchwunde; Drainage nach der Vagina. Tod am 3. Tage; ob durch Sublimat oder Jodoformintoxikation, lässt S. noch zweifelhaft.

Menzel (Görlitz).

13) **Terrillon** (Paris). Die Entzündungszustände der Tuben und der Ovarien. Laparotomie. Entfernung der Adnexe des Uterus.

(Ann. de gynécol. 1887. November.)

T. berichtet über 4 Fälle von Ovariosalpingotomie wegen Hämatosalpinx, Pyosalpinx und Salpingitis chronica. Als Komplikation lagen vor theils Oophoritis chronica, theils eine Ovariencyste. In sämmtlichen Fällen genasen die Pat. von der Operation. Bemerkenswerth ist, dass in dem 2. Falle die profusen Menses andauerten, trotzdem beide Ovarien und Tuben entfernt waren. T. meint, dass eine schon vor der Operation bestehende (chronische) Metritis diese periodischen Blutungen bedingte.

Die histologische Untersuchung (ausgeführt von L. Cornil) ergab, was die Tuben betrifft, im Wesentlichen Folgendes: Wucherung der Schleimhaut, Hypertrophie der Muscularis und der bindegewebigen äußeren Wand.

Die mikroskopische Untersuchung der Ovarien zeigte, dass die Parenchymzone wenig verändert war, dieselbe beherbergte normale Graaf'sche Follikel und normale Corpora lutea auf verschiedenen Stufen der Entwicklung; in einem Falle fanden sich außerdem zahlreiche kleine hämorrhagische Follikel. Sämmtliche Krankheitserscheinungen beschränkten sich auf eine Ablagerung von Pseudomembranen auf der Oberfläche der Eierstöcke und daraus entstandene Adhäsionen mit der Tube.

T. vertritt denselben Standpunkt wie die meisten deutschen, englischen und amerikanischen Chirurgen: sind alle andere Heilungsmethoden erschöpft, soll man ohne Bedenken zur Laparotomie schreiten, welche relativ gute Erfolge erzielt.

W. Nagel (Berlin).

14) **Secheyron** (Paris). Über die chirurgische Behandlung der tuberkulösen Peritonitis.

(Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynécol. 1887. November 25.)

Im Anschluss an die bisher veröffentlichten Fälle bespricht Verf. die Indikation und Prognose der Laparotomie bei tuberkulöser Peritonitis. Nach seiner Meinung ist die Operation nicht indicirt bei diffuser chronischer tuberkulöser Peritonitis, selbst nicht, wenn Ascites vorhanden, indem die Tuberkulose des Peritoneums äußerst selten primär ist.

Wenn man im Stande ist, mit der möglichst größten Wahrscheinlichkeit eine

lokale Tuberkulose, sei es des Uterus oder der Ovarien, zu diagnosticiren, ist es Pflicht des Chirurgen, die erkrankten Organe zu entfernen.

Bei der Unsicherheit des Ausganges der Laparotomie bei Tuberkulose empfiehlt S. ein von True angegebenes Verfahren, nämlich Einspritzen von Jodoformäther in die Bauchhöhle, zu versuchen. Das Nähere hierüber muss im Original nachgelesen werden. **W. Nagel** (Berlin).

15) **A. Larsen** (Dänemark). Prolapsus uteri inversi.

(Hospitals Tidende 1887. No. 51.)

32jährige Sekundipara, natürliche Geburt. Gleich nach dieser heftige Blutung und gleichzeitig bemerkte die Hebamme eine Geschwulst zwischen den Labien, mehr und mehr prolabirend. Weil Pat. auf dem Lande wohnte, kam der Arzt zu spät; unter zunehmender Schwäche war der Tod 1 Stunde nach der Geburt eingetreten. Nur Stimulantia waren angewendet. Der ganze prolabirte und invertirte Uterus mit theilweise anheftender Placenta lag vor den Genitalien; an der Leiche war die Reposition leicht, wäre wohl wahrscheinlich auch früher einer geübten Hand gelungen. **Ingerslev** (Kopenhagen).

16) **Betrin** (Genf). Behandlung der späteren Stadien des Uteruskrebses mit Terebenten.

(Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynécol. 1887. Oktober 25. No. 10.)

B. empfiehlt die Vagina mit Wattekugeln, welche mit Terebenten (»Térébène«, in dem französischen Terpentinöl von Pinus maritima [Roscoe] enthalten) durchtränkt sind, zu tamponiren. Durch dies Verfahren, welches alle 2—3 Tage zu wiederholen ist, hat er in Fällen von inoperablem Uteruscarcinom aus der Klinik von Vaucher eine Verminderung des Ausflusses und des fötiden Geruches, so wie einen Nachlass der Blutungen erzielt. **W. Nagel** (Berlin).

17) **Janvrin** (New York). Über Behandlung des Krebses mit Aveloz.

(Ann. of gynæcol. 1887. Oktober. Vol. I. No. 1.)

Bei inoperablem Collumcarcinom bestreicht Verf. 1 oder 2mal wöchentlich die ulcerirende Oberfläche des Carcinoms mit dem genannten Mittel, und er hat hiernach sowohl eine Linderung der Schmerzen wie eine Abnahme der Menge und des Gestankes des Ausflusses gesehen. Durch diesen Erfolg wird das Leben der Pat. um etwas verlängert und der ganze Zustand auch für die Angehörigen erträglich.

Verf. gebraucht den koncentrirten Extrakt. Die Pflanze (Alveloz, Arveloz, Aveloz) wächst in Brasilien und gehört zu den Euphorbiaceen (Euphorbia Heterodoxa). **W. Nagel** (Berlin).

18) **Vulliet** (Genf). Über die versenkte Naht bei Schließung der Vesico-Vaginalfistel.

(Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynécol. 1887. November 25. No. 11.)

In einem Fall von Blasen-Scheidenfistel, wo die Kranke 3mal von namhaften Gynäkologen ohne Erfolg operirt worden war, erzielte V. die Heilung durch folgendes Verfahren: Mit fortlaufender Naht wurden zuerst die angefrischten Ränder der Blase vollständig vereinigt; dann wurde die Wunde nach der Scheide hin in gewöhnlicher Weise zusammengenäht. Nach 7 Tagen wurden die oberflächlichen Nähte entfernt: die ganze Wunde war per primam geheilt. Als Nähmaterial auch für die versenkte fortlaufende Naht wandte V. Seide an, welche in einem Gemisch von Jodol (10 Theile), Alkohol (40 Theile) und Glycerin (10 Theile) bis zum Gebrauch aufbewahrt wird.

V. empfiehlt, diese Methode in ähnlichen Fällen zu versuchen.

W. Nagel (Berlin).

19) **Vulliet** (Genf). Über Dilatation des Uterus durch stätig wiederholte Tamponade.

(Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynécol. 1887. Oktober 25. No. 10.)

V. berichtet über eine Modifikation seines i. J. 1883 veröffentlichten Verfahrens. V. bringt mittels Pincette, Katheter oder Sonde so viel Jodoformwatte in das

Cavum uteri hinein, wie dies fassen kann. Nach 48 Stunden werden die Tampons entfernt und sofort werden neue und zwar in größerer Zahl hineingebracht. Je nach dem Grad der Erweiterung, den man erzielen will, muss dieses Verfahren verschieden lange fortgesetzt werden.

Ist das Uterusgewebe so rigide, dass die Tampons die Erweiterung nicht zuwege bringen, nimmt V. Tupelo- oder Laminariastifte, welche 10—15 Stunden liegen bleiben, zu Hilfe. Da die Uterushöhle vor und nach durch die Jodoformwatte gründlich desinficirt wird, sieht V. das Einführen von Tupelo- oder Laminariastiften als ungefährlich an.

Durchschnittlich sind 6—8 Ausstopfungen im Laufe von 15—20 Tagen nöthig, um eine vollständige Erweiterung der Uterushöhle und des Cervixkanales zu erzielen. In einem Falle von narbiger Verengerung des Cervixkanales waren 6 Wochen nöthig. Die Kranken brauchen dabei nicht zu liegen.

V. empfiehlt sein Verfahren nicht allein zu diagnostischem Zweck, sondern auch zu Heilung hysterischer nervöser Zustände. Der Uterus verträgt die Tamponade auffallend gut. V. hat niemals üble Folgen gesehen. Bemerkenswerth ist, dass er in 3 Fällen ähnliche nervöse gastrische Beschwerden, wie man sonst nur bei Schwangeren beobachtet, gesehen hat. Das Nähere über die Methode muss im Original nachgelesen werden. **W. Nagel** (Berlin).

20) **Currier** (New York). Spontane Ausstoßung eines Uterusfibroms nach Abortus; zugleich Bemerkungen über die Behandlung des Abortus.

(Ann. of gynæcol. 1887. Oktober. Vol. I. No. 1.)

Im Anschluss an einen Abortus wurde ein 4 Zoll langes Fibromyom unter wehenartigen Schmerzen ausgestoßen. Wegen andauernder Blutung wurde die Uterusschleimhaut nachher ausgekratzt.

Verf. redet der Behandlung des Abortus mittels Curette das Wort.

W. Nagel (Berlin).

21) **Hirst.** Akute Pneumonie in utero.

(Aus der geburtshilflichen Gesellschaft von Philadelphia. New York med. journ. 1887. September 24. p. 363.)

Außer Sigl (Archiv f. Gynäk. Bd. XV, p. 384) hat noch Stishan in Australien (Brit. med. journ. 1886, No. 11, p. 860) eine Pneumonie während des fötalen Lebens beobachtet. H. sah einen ähnlichen Fall bei einem Kind, das schon cyanotisch geboren wurde und nach 24 Stunden starb. Beide Lungen waren pneumonisch infiltrirt. Die Mutter hatte einen großen Lumbarabscess und Septikämie. Im 7. Monat der Schwangerschaft wurde jenes Kind geboren. **Lühe** (Demmin).

22) **L. Beco.** Über intra-uterine antiseptische Injektionen bei puerperaler Septikämie.

(Journ. d'accouch. 1887. No. 16.)

B. berichtet über eine Reihe von Fällen schwerer puerperaler Erkrankungen, bei welchen eine einmalige energische Ausspülung der Uterushöhle mit Sublimatlösung von 0,5:1000 einen eklatanten Erfolg hatte. Schon nach Verlauf weniger Stunden trat eine Besserung im Allgemeinbefinden, bald darauf auch ein Abfall der Temperatur zur Norm ein. Nur bei wenigen Kranken wurde durch ein abermaliges Ansteigen derselben eine zweite Injektion nothwendig, welche dann eine definitive Entfernung bewirkte. **Graefe** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: **Medicinischer Anzeiger.**

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 32. Sonnabend, den 11. August. 1888.

Die praktischen Erfolge der modernen Geburtshilfe.

Von
Dr. Wilhelm Fischel,
Docent an der deutschen Universität in Prag.

Ich habe in den folgenden Zeilen nicht die Absicht, die im Vergleich zur vorantiseptischen Zeit so gewaltig verbesserten Erfolge der Gebäranstalten neuerlich zu preisen. Im Gegentheile, ich halte es für zeitgemäß mit Jubelhymnen über diesen allseitig anerkannten thatsächlichen Fortschritt einzuhalten und ruhig und nüchtern zu fragen, ob denn das Erreichte nicht vielmehr bloß als die Erfüllung einer berechtigten Forderung anzusehen, und ob es schon das Maximum des Erreichbaren ist.

Gewöhnlich wird in den Berichten der geburtshilflichen Kliniken mit Stolz darauf hingewiesen, dass die in den Anstalten verschuldete Mortalität unter das Maß der Privatpraxis herabgedrückt worden ist. Es ist dies gewiss ein bedeutendes Verdienst. Aber wir müssen uns dabei vor Augen halten, dass selbst dieser Erfolg bisher nur in einzelnen Anstalten erzielt wurde und dass, wenn der Vergleich mit den Verhältnissen der Privatpraxis ein gerechter sein soll, wir die Gesammtmortalität der meisten Kliniken[1] mit der Gesammtmortalität

[1] Nur für wenige Kliniken z. B. Berlin, Dresden, Breslau möchte ich die von

der Privatpraxis vergleichen müssen, nicht bloß das berechnete Procent der in der Klinik selbst erzeugten Infektionstodesfälle. Denn wenn ich auch die von Dohrn (Zur Kenntnis der Mortalität in öffentlichen Entbindungsanstalten Deutschlands, Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäk. 1886) neuerlich betonten, die Gebäranstalten ungünstig beeinflussenden Umstände: das Überwiegen der Erstgeburten, den Zufluss schwerer und inficirter Fälle, den Unterrichtszweck, als richtig anerkenne, so muss doch allseitig zugegeben werden, dass sie im Besitze von die Mortalität günstig beeinflussenden Faktoren sind, die die ungünstigen überwiegen oder überwiegen sollen. Zu diesen günstigen Faktoren rechne ich: die Qualität des geburtshelfenden Personales, der Ärzte und Hebammen, die eine tadellose sein soll, die im Allgemeinen günstigeren hygienischen Verhältnisse der Örtlichkeit, die reichliche Ausstattung mit aseptischer Wäsche, die schnelle Bereitschaft aller technischen Behelfe und Medikamente, die Anwesenheit mehrerer Ärzte und Hebammen zur Assistenz, und die aus Alle dem wieder sich ergebende geistige Ruhe des behandelnden Arztes. Wo so viele günstige Umstände sich vereinigen, da kann doch verlangt werden, dass die Erstgeburt nicht als die Mortalität erheblich belastend erwähnt werde, ja selbst die zugewiesenen schweren Geburtsfälle dürften nicht ins Gewicht fallen. Denn wenn auch Placenta praevia, Eklampsie, Uterusrupturen etwa 2 bis 3mal häufiger vorkommen als in der Privatpraxis, so ist gewiss bei den angeführten Vortheilen der klinischen Behandlung mit Recht zu erwarten, dass dieselbe bei diesen Komplikationen mindestens auch 2 bis 3mal bessere Erfolge erzielen soll als die Privatpraxis. Desshalb ist es nach meiner Meinung nicht richtig von der Gesammtmortalität einer Klinik diese Komplikationen, so wie jeden Fall, der außerhalb der Klinik von einem vielleicht ganz unschuldigen Finger untersucht worden ist, jeden Fall wo eine Schwangere sich selbst in den Geschlechtstheilen herumbohrte, in Abrechnung zu bringen und den erübrigenden Rest erst mit der Mortalität der Privatpraxis zu vergleichen. Denn alle diese Komplikationen kommen, wenn auch seltener, auch hier vor, werden aber in keiner Statistik von der Gesammtmortalität in Abrechnung gebracht.

Betrachten wir nun die Verhältnisse der Gesammtmortalität der Entbindungsanstalten. In 18 österreichischen Anstalten wurden (Mittheilungen der k. k. statistischen Centralkommission. Wien) im Decennium 1875—1884 159260 Mütter verpflegt, von denen aber 3% unentbunden entlassen wurden und 1,1% (!) unentbunden gestorben sind, so dass bloß 152730 Entbindungen mit 2070 = 1,35% Todesfällen vorkamen, wobei zu bemerken ist, dass in vielen Anstalten zahlreiche Transferirungen vorgenommen werden. Die Zahl vertheilt sich auf die einzelnen Anstalten in folgender Weise:

Bokelmann (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk. 1886) vindicirte Ausnahmestellung gelten lassen.

	1884. Verpflegsstand	1884. Todesfälle	Decennium 1875—1884. Verpflegsstand	Decennium 1875—1884. Todesfälle
Wien	8529	49 = 0,57%	95340	1,6%
Linz	162	6 = 3,7	1650	2
Salzburg	286	0 = 0	2100	0,2
Graz	421	5 = 1,1	3770	0,5
Klagenfurt	257	0 = 0	2750	1,9
Laibach	183	1 = 0,54	1650	1,2
Triest	176	1 = 0,57	2060	0,1
Innsbruck	389	0 = 0	4640	2,2
Prag	2886	10 = 0,34	29380	1,2
Brünn	330	2 = 0,6	7880	0,8
Olmütz	117	3 = 2,56		
Lemberg	483	10 = 2,28	6360	3,6
Krakau	187	4 = 2,14		
Černowitz	88	0 = 0	510	1,4
Zara	35	1 = 3	1170	0,2
Ragusa	15	0 = 0		
Sebenico	16	2 = 12,5		
Spalato	40	0 = 0		
	16177	94 = 0,58%	159260	1,3% vom Stande der Verpflegten.

In 47 deutschen Anstalten starben nach Dohrn (l. c.) im Decennium 1874—1883 von 104287 Frauen 1429 = 1,37%; nach Jacoub (Über die Erkrankungen und die Sterblichkeit in den Gebäranstalten Russlands während der Zeit von 1875—1885 inkl. (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. XIV. p. 422) in den russischen von 109897 Entbundenen 1226, mithin 1,11% und stellte sich in den letzten Jahren das Verhalten allgemein noch günstiger dar und zwar 1884 = 0,72%, 1885 sogar 0,48%. Auch in den deutschen und österreichischen Kliniken dürfte im Allgemeinen die Mortalität in den Jahren 1884 bis 1887 noch günstiger gewesen sein, ja in einzelnen war sie es schon vor dem Jahre 1884, so dass die von Dohrn ausgesprochene Ansicht, die Mortalität der Gebärhäuser sei für längere Zeit nicht auf den Procentsatz der Privatpraxis herabzudrücken, hoffentlich durch die Ergebnisse der nächsten Zukunft widerlegt sein wird.

So bot die Dresdner Anstalt (Leopold, Ein weiterer Beitrag zur Verhütung des Kindbettfiebers. Deutsche med. Wochenschrift 1888 Nr. 20) im Jahre 1887 unter 1388 Entbindungen eine Gesammtmortalität von 14 Fällen = 1%, trotzdem dieselbe eine ungewöhnlich hohe Frequenz an Eklampsie und Plac. praevia bietet.

Die Prager deutsche geburtsh. Klinik hatte im Jahre:

1879	eine	Gesammtmortalität	von	0,7 %	davon	an	Sepsis	0,4 %
1880	»	»	»	1,3	»	»	»	0,9
1881	»	»	»	0,42	»	»	»	0,21
1882	»	»	»	0,44	»	»	»	0,11

Als ich im Wintersemester 1886/7 die Klinik als supplirender Professor leitete, hatte dieselbe unter 480 Entbindungen 2 Todesfälle = 0,42%. Der eine Fall betraf eine mit eitriger Peritonitis der Klinik zugewachsene Extra-uterin-Gravidität, der zweite eine fieber-

haft mit krupös belegten Fissuren der äußeren Genitalien eingebrachte Kreißende.

Wir müssen, wenn wir von einigen besonders ungünstig belasteten Kliniken absehen, annehmen, dass solche Erfolge, wie sie in Prag durch eine Reihe von Jahren wirklich erreicht wurden, auch allgemein erreichbar sind.

Mit diesen Thatsachen glaube ich begründet zu haben, dass schon in nächster Zukunft von jeder gut geleiteten Gebärklinik ein Herabgehen der Gesammtmortalität auf das Niveau der Privatpraxis und ein Absinken der in der Klinik verschuldeten Infektionstodesfälle auf 0,0% zu fordern ist.

Wenn das, was bisher als angestauntes Verdienst gegolten, von allen Anstaltsärzten als gerechte, selbstverständliche Forderung anerkannt sein wird, dann werden bald die Verhältnisse der Gebärkliniken dieses von mir aufgestellte Ziel wirklich erreichen. Nach meiner Erfahrung gehört dazu eine unablässige strenge Überwachung des ganzen Personals durch die Ärzte der Anstalt, und die volle Überzeugung der Ärzte, dass die meisten Infektionen verschuldet, daher bei strenger Handhabung der Antisepsis vermeidbar sind. Sollte die Anschauung von der angeblich größeren Häufigkeit der Selbstinfektion, wie sie Ahlfeld in neuerer Zeit wieder zuerst geäußert hat, allgemein werden, so würde dies sicher einen Anstieg der puerperalen Anstaltsmortalität zur Folge haben[2].

Nachdem wir im Voranstehenden gezeigt, welche Verbesserung in der klinischen Praxis noch angestrebt werden muss, will ich dessgleichen auch für die private geburtshilfliche Praxis meine Ansichten entwickeln. Eine genaue Statistik über die Puerperalfiebermortalität in der Privatpraxis existirt für ganz Deutschland nicht. Für Österreich ist selbst eine annähernde Statistik über diesen Gegenstand sowohl für die Gegenwart, als auch für die Vergangenheit und nächste Zukunft nicht beizubringen, weil die k. k. statistische Centralkommission in Wien unter den Todesursachen das Puerperalfieber gar nicht aufführt. Wir müssen uns daher zur annähernden Berechnung der für die Privatpraxis geltenden Verhältnisse an die große statistische Arbeit Böhr's halten (Untersuchungen über die Häufigkeit des Todes im Wochenbett in Preußen. Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynäk. III). Nach dieser starben in Preußen in den 60 Jahren von 1816—1875 unter 38827761 Entbundenen 321791 = 0,8322%. Nehmen wir nun dieses Verhältnis als annähernd richtig für ganz Deutschland an, so gäbe das für ca. 1600000 Ge-

[2] Ich habe schon im Jahre 1884 in einer Besprechung von Ahlfeld's Berichten (Prager med. Wochenschr. No. 6) gezeigt, dass die damals unerreichten Resultate der Prager deutschen geburtsh. Klinik während der Jahre 1881 und 1882 bei systematischer Vermeidung der Vaginalirrigationen in Schwangerschaft und Geburt erzielt worden sind. Im Jahre 1882 wurde bloß bei 5 Schwangeren und bei 12 Kreißenden bei dringender Indikation die Scheide ausgespült. Und doch kam keine Selbstinfektion vor.

burten pro Jahr (nach B. S. Schultze, Unser Hebammenwesen. Sammlung klin. Vorträge No. 247). 13315 Puerperaltodesfälle, von denen aber die in den Anstalten erfolgten in Abrechnung zu bringen sind. Nehmen wir die Zahl derselben mit 3% der jährlichen ca. 10000 Entbindungen, so bleiben für die Privatpraxis 13015 = 0,8134% oder für eine Million Geburten 8134 Puerperaltodesfälle.

Dieser Procentsatz dürfte als der Wirklichkeit ziemlich genau entsprechend angesehen werden; denn einerseits ist es nur zu wohl bekannt, dass nicht alle Puerperaltodesfälle registrirt werden, andererseits kommt zu bedenken, dass im nichtpreußischen Deutschland die Verhältnisse zum Theil erheblich besser waren als in Preußen. So hat Winckel (Die Thätigkeit der Geburtshelfer und Hebammen des Königreichs Sachsen im Jahre 1878. Berichte und Studien etc. III. Bd.) für Sachsen die Gesammtmortalität für das Jahr 1878 auf 0,64% berechnet. Schwörer (Statistische Übersicht über 40000 Geburten. Freiburg 1857) fand im badischen Oberrheinkreise in den Jahren 1849—1853 unter ca. 40000 Geburten die gesammte Mortalität im Wochenbette zu 0,2—0,4%.

Wir können also für die Million Geburten 8134 Todesfälle als annähernd richtiges Verhältnis für die Privatpraxis der vorantiseptischen Zeit in Deutschland annehmen.

Ob seit dem Jahre 1875 in dieser Beziehung eine Besserung eingetreten, ist nach den von Dohrn (l. c.) beigebrachten und hier wiedergegebenen Zahlen nicht deutlich.

Es betrug die puerperale Mortalität

in den Jahren	in Preußen,	im Großherzogthum Baden,	im Staate Hamburg
1873	—	0,79%	0,87%
1874	—	0,91	0,63
1875	0,67%	0,84	0,45
1876	0,60	0,74	0,38
1877	0,58	0,77	0,45
1878	0,59	0,72	0,52
1879	0,60	0,67	0,61
1880	—	0,72	0,57
1881	—	0,66	0,63
1882	—	0,75	0,61
1883	—	—	0,72.

Eben dasselbe wird jeder Geburtshelfer, der weitere Kreise überblicken kann, finden, während in manchen kleineren Gebieten eine entschiedene Besserung allerdings zu Tage tritt.

Trennen wir die Ergebnisse der Privatpraxis in diejenigen der ausschließlichen Hebammenpraxis und diejenige der ärztlichen, so ergiebt sich, wenn wir Dohrn's Erfahrungen in Nassau (Die geburtsh. Operationen in Nassau während der Jahre 1860—1866) auf ganz Deutschland übertragen, bei jeder Million Geburten 948000 Hebammengeburten mit einer Mortalität von 0,6221% = 5898 Fällen und 52000 von Ärzten geleitete Geburten mit einer Mortalität von 4,3% = 2236 Fällen.

Betrachten wir nun zunächst diese Gesammtmortalität der ärztlichen Praxis in der vorantiseptischen Zeit, so müssen wir dieselbe im Vergleiche mit den Erfolgen der Anstalten als eine sehr günstige betrachten. Denn die ärztliche Praxis hat es ja ausschließlich mit pathologischen Geburtsfällen zu thun, während die Anstaltspraxis zum größten Theile ca. 90% normale oder fast normale Geburtsfälle aufweist. Überdies hatte auch schon in vorantiseptischer Zeit die Anstaltspraxis einige der oben angeführten ihr gegenwärtig zukommenden Vortheile zur Seite, die der privatärztlichen immer gefehlt haben, nämlich Anwesenheit guter Assistenten und Hebammen, Bereitschaft von Instrumenten und Arzneien, geistige Ruhe des operirenden Arztes. Trotz alledem sehen wir die Ärzte in der mühevollen geburtshilflichen Thätigkeit ein Resultat erreichen, das absolut zwar etwas hinter den durchschnittlichen Erfolgen der Anstalten (3%) zurücksteht, relativ aber als bedeutend besser angesehen werden muss.

(Schluss folgt.)

---

1) **Fehling** (Basel). Leitung der physiologischen und pathologischen Nachgeburtszeit.

(Sammlung klin. Vorträge No. 308.)

Nach den vorangegangenen Streitigkeiten giebt F. hier seine Meinung über die Leitung der Nachgeburtszeit ab. Duncan's Mechanismus der Lösung der Nachgeburt, d. h. die Ablösung der Placenta durch Flächenreduktion des Uterus (mit dem unteren oder oberen Rand beginnend), erkennt F. im Wesentlichen an und verwirft Ahlfeld's Ansicht über die Wirkung eines retroplacentaren Blutergusses. Er tritt für das modificirte Credé'sche Verfahren ein, lässt gleich nach der Geburt des Kindes den Uterus sanft reiben und entfernt 15—30 Minuten nachher durch leisen Druck die im Cervix oder Vagina gelöst liegende Nachgeburt. Ist die Expression schwierig und keine Blutung dabei, so überlässt er die Geburt der Placenta ruhig der Zeit. Bei atonischen Blutungen empfiehlt er nach Wegnahme der Placenta mit gut desinficirten Fingern, eine heiße intrauterine Ausspülung als nahezu unfehlbares Mittel. Gegen das Zurückbleiben der Eihäute, was keineswegs nur bei zu raschem Exprimiren der Placenta, sondern besonders häufig bei Placenta marginata vorkommt, giebt er Folgendes als Regel: Fehlt das ganze Chorion, so macht man eine desinficirende Vaginalausspülung, fühlt dann vorsichtig in Scheide oder Cervix nach, ob das Chorion dort liegt und sucht es leicht zu entfernen. Ist das Chorion in der Uterushöhle festsitzend, so steht man von der Entfernung ab. Beim Zurückbleiben eines Theiles der Eihäute greift man nur dann ein, wenn eine atonische Blutung es nöthig macht.

Schließlich kommen noch die Cervixrisse und deren Behandlung zur Sprache. Bedingen dieselben eine bedrohliche Blutung, so soll der praktische Arzt das Scheidengewölbe mit Jodoformgaze fest tam-

poniren und alsdann, wenn nöthig, einen Specialisten zur Naht herbeirufen. Denn wie F. ganz richtig bemerkt, ist eine Cervicalnaht eine viel Geschick erfordernde Operation, die man vom praktischen Arzt nicht verlangen kann. Liq. fer. als Mittel gegen Blutungen soll nur in den verzweifeltsten Fällen angewendet werden.

Glitsch (Königsfeld).

---

2) **Girard.** Über den Einfluss des Antipyrin auf die thermischen Centren im Gehirn.

(Rev. méd. de la suisse rom. Genf 1887. November u. December. No. 11 u. 12.)

Die Resultate, zu denen Verf. kommt, sind: 1) Unter physiologischen Bedingungen erniedrigt Antipyrin die Temperatur des Kaninchens. 2) Das Mittel kämpft wirksam gegen die Überwärme, hervorgerufen durch die Erregung des thermischen Centrums im Gehirn.

Das Antipyrin kann zweifellos zu den entfiebernden Mitteln gerechnet werden, jedoch lässt Verf. es unentschieden, ob die kalten Bäder in ihrer Wirkung dem Antipyrin nicht vorzuziehen sind.

Glitsch (Königsfeld).

---

3) **Loewy.** Über die forensische Bedeutung der Uterusruptur.

Inaug.-Diss., Breslau, 1888.

Ohne auf den konkreten Fall, welcher der Arbeit zu Grunde liegt, hier im Referat eingehen zu können, weil die genaue Wiedergabe des Sektionsprotokolles, der Sachverständigen Gutachten und der Zeugenaussagen den Rahmen des Referates überschreiten würde, seien vielmehr die allgemeinen Gesichtspunkte, welche für die Beurtheilung der spontanen oder violenten Entstehungsweise der Uterusruptur maßgebend sind, hier aufgeführt, weil sie von dem konkreten Fall abgeleitet, in präciser und die größte Vollständigkeit beanspruchender Kürze aufgezählt sind.

»1) Der Sektionsbefund allein giebt höchst selten einen Anhaltspunkt für die Entscheidung der Frage, ob der Gebärmutterriss traumatisch oder spontan entstanden ist; nur bei ausschließlichem oder nachweisbar primärem Sitz des Risses im Corpus uteri oberhalb des Schröder'schen Kontraktionsringes ist der erstere Entstehungsmodus anzunehmen, eben so bei nachweislicher Durchlöcherung oder Durchstoßung des Uterus oder der Scheide mittels Instrumenten.

2) Weder die absolute Länge des Risses noch dessen Hinübergreifen vom Cervix auf das Corpus uteri oder auf die Scheide, noch die Beschaffenheit der Rissränder, noch der Verlauf des Risses (longitudinal oder transversal), noch endlich die Mitverletzungen des Peritoneum und der Ligg. lat. geben ein Kriterium für die spontane oder violente Entstehungsweise. Nur wenn bei absoluter Sicherheit über die vorhanden gewesene Kindeslage es feststeht, dass der Riss in derjenigen Seite erfolgte, wo der Steiß des Kindes lag, ist auf

Grund der bis jetzt bekannt gewordenen Erfahrungen eine Spontanruptur mit größter Wahrscheinlichkeit auszuschließen.

3) Die Dehnbarkeit und Verlängerung des unteren Uterinsegmentes gegenüber dem Corpus uteri ist nur in denjenigen Fällen zur Diagnose der Spontanruptur verwendbar, wo der Tod der Kreißenden während oder bald nach der Geburt erfolgte; aber auch dann kann man höchstens behaupten, dass durch die starke Dehnung des unteren Uterinsegmentes Alles für die Ruptur vorbereitet war (Bandl). Die letztere kann dann immer noch eben so gut mechanisch bewirkt, als spontan eingetreten sein.

4) Bei Heranziehung der Geburtsgeschichte zum Beweise der Wahrscheinlichkeit oder Unwahrscheinlichkeit einer Spontanruptur sind die sogenannten klassischen Zeichen einer in der Ausbildung begriffenen oder bei der Ankunft des Arztes schon ausgebildeten Uterusruptur nicht immer in der Vollzähligkeit vorhanden, wie sie die Lehrbücher aufzählen. Es giebt Fälle, wo alle diese Anzeichen fehlen oder wo sie so versteckt sind, dass ihr Übersehen nicht eine strafbare Nachlässigkeit seitens des Arztes bedingt, oder wo sie endlich noch anderer Deutung fähig sind. Es kann also selbst die Kombination der Geburtsgeschichte mit dem Sektionsbefunde mit Ausnahme der oben geschilderten eklatanten Fälle (Uteruszerreißung — Durchbohrung des Uterus mit der Hand an der Placentarstelle oder mit der Trepankrone im Fundus uteri — ausschließlicher Sitz der Ruptur an letzterer Stelle) noch nicht ein sicheres Kriterium für die Schuld der hilfeleistenden Person abgeben.

5) Bei Beantwortung der Frage nach der Todesursache der an Uterusruptur gestorbenen Frauen ist viel mehr als es bisher nach dem Schema der bekannten Handbücher der gerichtlichen Medicin geschehen ist, auf akute Sepsis zu achten. Verblutungstod ist nur anzunehmen, wenn bei stattgehabter innerer oder äußerer Blutung der Tod der Entbundenen noch während oder bald nach der Entbindung unter den sicheren Zeichen der akuten Anämie erfolgte. Anderenfalls, auch wenn noch keine mechanischen peritonitischen Symptome auftraten, ist der rasche, 12—30 Stunden nach der Entbindung erfolgte Tod der Wöchnerin viel richtiger als bisher durch akute Sepsis zu erklären, die so rasch tödtet, dass keine Zeit zur Entwicklung peritonitischer Symptome bleibt. Nach dem Stande der heutigen Erfahrungen kann die Uterusruptur an sich, wenn nicht gleich hinterher der Verblutungstod eingetreten ist, oder bei oder nach der Entbindung eine Infektion stattgefunden hat, nicht mehr als eine absolut tödliche Verletzung erachtet werden. Es ist dies für die Abmessung des Strafmaßes von Wichtigkeit.« **Menzel** (Görlitz).

---

4) **Despréaux.** Du Curettage de l'uterus.

Thèse de Paris 1888.

Verf., welcher auf Veranlassung von Pozzi obiges Thema fleißig und ausgiebig bearbeitet hat, ist ein großer Anhänger des Currette-

ments und bedauert nur, dass in seinem speciellen Vaterlande diese Operation noch lange nicht die verbreitete Ausdehnung und allgemeine Anwendung wie in Deutschland gefunden hat. Seine Ausführungen über die Indikationen und Kontraindikationen, die Technik etc. sind bei uns allgemein bekannt und bieten nichts neues Erwähnenswerthes.

Den Schluss bilden 22 Fälle, darunter 18 Eälle von chronischer Endometritis und 4 Fälle von inoperablem Carcinoma uteri, in welchen das Curettement ausgeführt wurde. **Menzel** (Görlitz).

---

5) **P. Müller.** Bemerkungen über physiologische und pathologische Involution des puerperalen Uterus.

Festschrift für A. von Kölliker. Leipzig, **W. Engelmann,** 1887.

Unter Beiseitelassen der mangelhaften Involution, der sog. Subinvolution, bespricht Verf. nur allein die excessive, die sog. Atrophia uteri aquisita, und hält jeden Uterus für atrophirt, welcher nach sorgsam ausgeführter bimanueller und Sondenuntersuchung neben kurzer und kleiner Portio, engem Muttermunde und kurzem, schmalen, dünnwandigen Corpus eine Länge von 6 cm und darunter aufweist; denn da unter normalen Verhältnissen der Uterus nach der Geburt die frühere Kleinheit nicht wieder annimmt und die Länge der virginalen Gebärmutter allgemein auf 6 cm bestimmt angegeben wird, muss der geboren habende Uterus, welcher 6 cm und darunter Höhlenlänge hat, atrophirt sein.

Nach M. ist diese Atrophie entschieden häufiger, als man anzunehmen geneigt ist.

Wenn auch auf der Basis von Wochenbettserkrankungen, von Excessen in der Laktation, von Ovarialerkrankungen und durch Vermittlung abzehrender Krankheiten sich eine Atrophia uteri sekundär ausbilden kann, müssen wir, so lange kein derartiges ätiologisches Moment nachgewiesen wird, auch eine reine idiopathische Atrophie des Uterus mit ihren krankhaften Symptomen wie spärliche Menstruation oder gar Amenorrhoe, Sterilität, Katarrh und hysterische wie hypochondrische Erscheinungen, gelten lassen.

Auch für seltene Fälle nur, bejaht Verf. doch die Heilbarkeit des Leidens. In zwei Fällen beobachtete er nach festgestellter Atrophia uteri Konception, indem in dem einen sogar die vor der Konception 6 cm lange Uterushöhle einige Monate post partum eine Länge von $7^1/_2$ cm aufwies. Interessant ist ein dritter Fall, in welchem sich jedes Mal nach den vier stattgehabten Geburten immer wieder eine Atrophie des Uterus ausbildete. Die Behandlung ist mit Ausnahme einer Lokaltherapie bei bestehenden Katarrhen eine allgemeine.

Die Thatsachen, dass atrophische Uteri koncipiren, dass der Symptomenkomplex der Atrophia uteri verschwinden kann, ohne dass die Atrophie verschwindet und dass endlich mitunter eine Uterus-

atrophie bestehen kann, ohne irgend welche Erscheinungen zu machen, bringen M. zu dem Schlusse, dass unsere heutigen Anschauungen über die Involution des Uterus noch mangelhafte und unvollständige sind.

Untersuchungen, welche von ihm an 53 Wöchnerinnen von der dritten Woche bis zum dritten Monat post partum vorgenommen worden sind — weder Gravidität, noch Geburt, noch Wochenbett dieser Personen waren irgend wie gestört — brachten ihn zu dem Resultate, dass die Involution auch in der zweiten Hälfte des Puerperiums eben so unregelmäßig, wie in den ersten zwei Wochen erfolgen, dass der Uterus schon frühzeitig, d. h. vor dem Ende der sechsten Woche, zu der Größe reducirt sein, welche wir als Normalmaß eines geboren habenden Uterus anzusehen pflegen, ja, dass sogar der Uterus schon vor dem Ende der sechsten Woche jungfräuliche Verhältnisse wieder angenommen haben kann.

Besteht nun eine Verkleinerung des Uterus, die wir als Atrophie bezeichnen, ohne irgend welche Symptome zu machen, so müssen wir zweifeln, ob dieselbe nicht eine Folge einer uns bis jetzt noch unbekannt gebliebenen Ursache ist; eben so wenig können wir hiernach behaupten, dass der geboren habende Uterus nie mehr auf virginale Verhälnisse zurückkehrt. Ist endlich die beobachtete atrophische Verkleinerung nur eine vorübergehende, so ist vielleicht unsere Anschauung von der Gleichzeitigkeit des Zerfalles und der Neubildung der muskulären Elemente in der Involution eine unzureichende; man müsste vielmehr dann annehmen, dass erst diese Elemente fettig entarten, zerfallen und theilweise resorbirt werden und dann erst die Wiederherstellung der Stammelemente oder die Bildung ganz neuer Muskelelemente erfolgt. **Menzel** (Görlitz).

---

6) **Sänger.** Über Perineorrhaphie durch Spaltung des Septum recto-vaginale und Lappenbildung.

(Sammlung klin. Vorträge. No. 301.)

Das Thema ist von S. auf der Naturforscherversammlung zu Wiesbaden 1887 zur Sprache gebracht und bereits im Centralblatt für Gynäkologie 1887 No. 41 p. 650 referirt worden. Verf. hat bis zur Herausgabe dieses Heftes 19mal diese Operation mit gutem Erfolge ausgeführt, 9mal bei verschiedenen Graden von Scheiden- und Scheidengebärmuttervorfall, 7mal bei inkompleten, 3mal bei komplettem, veraltetem Dammriss. Sehr anschauliche Abbildungen illustriren den Text. **Menzel** (Görlitz).

---

7) **Levinstein.** Über die Nothwendigkeit der Findelhäuser.

Jena, **Gustav Fischer,** 1888.

L. baut die Forderungen Veit's, welcher durch Änderung der bestehenden Gesetzgebung Straflosigkeit des kriminellen Abortes für die Frau verlangt, weiter aus, in der Meinung, dass, wenn Be-

dingungen geschaffen werden, derartige Fälle überhaupt seltener eintreten zu lassen, eine gesetzliche Abänderung weit leichter eintreten könnte; und da ist er der Ansicht, dass nur Findelhäuser geeignet sind, dem zunehmenden kriminellen Abort, der den Anfang auf der Stufenleiter zum Kindesmord bildet, zu steuern.

Durch die Einrichtung derartiger Anstalten würde die Unsittlichkeit keineswegs zunehmen, die höhere Belastung des Budgets könnte durch private Wohlthätigkeit ausgeglichen und die nicht zu leugnende hohe Sterblichkeit in ihnen durch eine peinliche Überwachung, hauptsächlich der Ernährung der Kinder, verringert werden. Auf diese Weise würde der Mutter, die meist dem dienenden Stande entstammt und kaum in ihren gesunden Tagen so viel, als zur eigenen Ernährung und Erhaltung nöthig ist, verdient, die Sorge für ihr Kind abgenommen und der jeder Moral und Ethik spottenden Engelmacherei Einhalt gethan werden können. Die Mutter könnte sich dann, vorausgesetzt, dass Findelhäuser bestehen, welche ihr Kind aufgenommen haben und ferner unter der Voraussetzung, dass der Vater ihres illegitimen Kindes gesetzlich verpflichtet wäre, nach seinen relativen Vermögensverhältnissen dieselbe vielleicht 1—3 Monate nach der Geburt unterstützen, körperlich genügend erholen und kräftigen und somit wieder geeignet werden, körperliche Arbeit zu leisten; denn bei der allgemein üblichen Entlassung gesunder Wöchnerinnen aus den Entbindungsanstalten am 9.—10. Tage sind die betreffenden Personen körperlich keineswegs in der Lage, ihren Unterhalt zu verdienen, sie erkranken und fallen dann der Gemeinde oder dem Staate zur Last. Würden dann noch vor der Aufnahme des Findlings der Heimatsort, die ehelichen Verhältnisse und eventuell die Heimatsberechtigung angegeben, so wären somit etwaige juristische Einwürfe wegen Erbschaften, Armenunterstützungen etc. theilweise beseitigt.

Wünschen wir, dass edeldenkende Menschen, hierdurch angespornt, ihr Möglichstes zur Rettung ihrer Mitmenschen beitragen möchten. **Menzel** (Görlitz).

Kasuistik.

8) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

136. Sitzung am 2. Mai 1888.

Vorsitzender: Herr J. Schramm, Schriftführer: Herr Korn.

Zur Aufnahme in die Gesellschaft hat sich gemeldet: Herr Münchmeyer.

I. Herr Korn zeigt einen Kindesleichnam mit angeborener großer linksseitiger Zwerchfellshernie.

Das Kind wurde in Schädellage von einer Frau geboren, die schon mehrere vollkommen wohlgebildete Kinder geboren hat, die selbst keine Missbildungen zeigt. Nach der ganz normal verlaufenen Geburt schnappte das Kind sehr bald, der Herzschlag — auffallend weit nach der rechten Seite fühlbar — war kräftig, wenn auch etwas verlangsamt. Trotz aller Bemühungen konnte eine regelmäßige Athmung nicht herbeigeführt werden. Der Herzschlag erlosch nach ca. $\frac{1}{2}$ Stunde.

Bei der Sektion zeigte sich zunächst eine auffallend tiefe Insertion des Zwerchfells der rechten Seite (8. Rippe), dann wurde das vollständige Fehlen der linken Zwerchfellshälfte konstatirt, von der nur einige spärliche Fasern an der vorderen Brustwand erhalten waren. Seitlich, median und hinten ging die Bauchhöhle ohne Grenze in die linke Brusthöhle über. In letzterer lag, nach oben und innen gedrängt, die ganz atrophische linke Lunge, deren Ränder jedoch ein deutlich marmorirtes Aussehen boten und zweifellos lufthaltig waren. Außerdem fanden sich in der Brusthöhle fast der ganze Magen, mehrere Dünndarmschlingen, das Colon ascendens mit dem Coecum und Proc. vermif. und endlich der sehr hypertrophische linke Leberlappen. In der rechten Pleurahöhle das normal gebildete Herz und die ebenfalls hypertrophische rechte Lunge. Sonstige Missbildungen fehlten, nur war die linke Niere nach unten und medianwärts verlagert, sie lag unmittelbar über dem Promontorium. Im Anschluss an seine Demonstration bespricht der Vortr. die entwicklungsgeschichtlichen Verhältnisse, sich auf die Untersuchungen Waldeyer's beziehend, die auch durch diesen Fall eine neue Bestätigung erfahren.

II. Herr Meinert hält seinen angekündigten Vortrag: »Über Septikämie vor der Geburt«. Derselbe wird in erweiterter Form veröffentlicht werden.

Herr Leopold: Durch die Darlegungen des Herrn Vortr., die zum größten Theil historischer Natur und allgemein bekannt seien, sollte festgestellt werden: »Welches sind die Symptome der Sepsis vor der Geburt?« Er habe auch nach diesen neuen Auseinandersetzungen des Herrn M. nicht den Eindruck gewinnen können, dass es diesem gelungen sei, ein auch nur annähernd einheitliches Bild der septischen Erscheinungen ante partum zu entwerfen, ein Bild, nach dem man im einzelnen Falle sagen könne: das sei Sepsis, das keine. Die heutigen Darlegungen des Herrn Vortr. trügen einen ganz anderen Charakter, als in der vorigen Sitzung. Eine Diskussion über einen bestimmten Fall könne sich aber nur an die unmittelbar vorher gegebene Darstellung derselben halten. Da sei z. B. heute fortwährend die Rede von unstillbarem Erbrechen. Es sei nicht gesagt, wie oft dasselbe aufgetreten, wie lange dasselbe beobachtet worden. Dass aber der Begriff »unstillbares Erbrechen« ein sehr verschiedener sei, brauche wohl nicht erst hervorgehoben zu werden.

Die kasuistischen Zusammenstellungen des Herrn Vortr. beweisen ebenfalls nichts: trotz der scheinbaren Einheitlichkeit haben wir es mit lauter verschiedenen Bildern zu thun. Die Äußerungen des Herrn Vortr., Leopold's Material betreffend, übergehe er am besten mit Stillschweigen. Er glaube sein Material jedenfalls besser zu kennen als Herr M.

Der angeführte Fall Kehrer's beweise gerade das Gegentheil von dem, was Herr M. beweisen wollte. Hier durfte ebenfalls, wie Kehrer selbst ausführt, der Kaiserschnitt nicht gemacht werden.

Herr Meinert: Herr Leopold habe mit Emphase gegen seine Behauptung angekämpft, die gar nicht aufgestellt wurde. Weit entfernt, versucht zu haben, ein »einheitliches« Bild der Sepsis ante partum zu entwerfen, habe ihm (M.) dieser Versuch auch nicht misslingen können. Er habe im Gegentheil die Verschiedenartigkeit der Krankheitsbilder hervorgehoben und im Erbrechen das einzige unter den frühzeitig auftretenden Symptomen zu finden geglaubt, welches sich prognostisch verwerthen lasse. Seine Bemerkung, dass Herr Leopold in seinem Material nicht zu Hause sei, sei wohl hart, aber nicht unverdient gewesen. Denn, wenn Herr Leopold sich genau erinnere, in 3 Fällen der letzten Jahre bei Conj. ver. von 6 cm gleichsam spielend perforirt und extrahirt zu haben, so stehe es jedem Anderen frei, darauf hinzuweisen, dass seit Leopold's Direktoriat an der kgl. Frauenklinik Perforationsfälle bei Conjugaten von weniger als $6^1/_2$ cm überhaupt nicht vorgekommen seien und bei Conj. ver. von $6^1/_2$ cm auch nur 1mal (vgl. Leopold, Der Kaiserschnitt und seine Stellung etc. Stuttgart 1888). Kehrer's Fall (Arch. f. Gyn. Bd. XXVII, p. 228) mit »öfterem Erbrechen« der inficirten Kreißenden würde seiner Ansicht nach unter allen Umständen letal verlaufen sein, wenn auch Kehrer selbst sich in anderem Sinne ausgesprochen habe.

Herr Osterloh fragt den Vortr., ob die Frage auch schon erwogen worden

sei, ob der Porro'sche oder der klassische Kaiserschnitt in dem in Rede stehenden Falle vorzuziehen gewesen sei. Rationeller dünke ihm der erstere.

Herr Meinert bejaht die Frage; er habe sich für die einfache Incision des Uterus entschieden, weil durch die Porro'sche Operation gerade derjenige Theil des Organs, von welchem die Infektion zweifelsohne ausgegangen sei, die gequetschte Cervix, nicht würde eliminirt worden sein.

Herr Leonhardi hat bei einem großen chirurgischen Material in der vorantiseptischen Zeit sehr viele Fälle von Sepsis gesehen. Dass aber das unstillbare Erbrechen ein sicheres Symptom der Sepsis sein solle, könne er nicht bestätigen.

Herr Merbach: Der Herr Vortr. habe immer von einer »primären Sepsis« gesprochen. Die Sepsis sei doch stets etwas Sekundäres, eine allgemeine Blutvergiftung, ausgehend von einem primären Infektionsherde. Darauf basire unsere ganze Therapie der Sepsis, der Herd müsse aufgesucht und unschädlich gemacht werden.

Herr Leonhardi ist derselben Ansicht. Er führt weiterhin aus, dass, wenn das unstillbare Erbrechen der Ausdruck der allgemeinen Sepsis sei, er auch bei seinen chirurgischen Fällen dieses Symptom hätte beobachten müssen, oder es müsse sonst, entsprechend der Infektionspforte bei geburtshilflichen Fällen, eine Veränderung in den Organen des Unterleibes vorhanden sein.

Herr Meinert erwiedert den Herren Leonhardi und Merbach, dass seine Ausführungen über septisches Erbrechen sich nur auf puerperale Sepsis und Sepsis intra partum bezogen hätten, dass der Ausdruck »primäre Sepsis« von Hegar und Olshausen entlehnt sei, und nichts Anderes andeuten solle, als dass septische Allgemeinerscheinungen früher auftreten, als lokal septische Processe, zu denen es überhaupt nicht zu kommen brauche. Das nothwendige Vorhandensein einer Invasionspforte für das septische Gift werde auch für derartige Fälle von Niemand mehr bestritten.

Herr Bode glaubt nicht, dass es in dem Meinert'schen Falle nothwendig gewesen wäre, Incisionen des Muttermundes zu machen, um die Kraniotomie ausführen zu können. Bei einem bis zu 3markstückgröße erweiterten Orificium sei es, zumal wenn es sich um Mehrgebärende handele, sehr wohl möglich, die Perforation und Kranioklasie zu machen. Was das sogenannte unstillbare Erbrechen anlange, so begreife er nicht, wie Herr M. demselben ein so großes Gewicht beilegen könne. Es sei überhaupt unverständlich, wie man bei einer so kurzen Beobachtungsdauer von nur einigen Stunden — länger habe Herr M. die Pat. nicht gesehen — von unstillbarem Erbrechen sprechen könne. Herr M. sei mithin lediglich auf die Angaben der Angehörigen angewiesen gewesen.

So lange er selbst (Bode) die Pat. habe beobachten können (etwa $1/2$ Stunde), habe sie nicht erbrochen. Eine nicht geringe Anzahl von Kreißenden erbrächen überhaupt ununterbrochen während der Geburt, besonders bei sehr schmerzhaften Wehen. Hier an Sepsis zu denken, würde gewiss Niemand in den Sinn kommen.

Herr Korn weist zunächst unter Vorlegung der Krankengeschichte an einem eklatanten Fall von Tympania uteri mit schweren Allgemeinerscheinungen (ca. 7tägige Geburtsdauer, wiederholte Schüttelfröste mit Temperaturen von 41° C. und einer Pulsfrequenz bis 140, sehr schmerzhafter Meteorismus, leichte Benommenheit etc.) nach, dass es wohl gelänge, derartige Fälle mit Erfolg zu behandeln. Dann sich zur Kritik des Meinert'schen Falles wendend, führt er aus, dass die Diagnose »allgemeine Sepsis« die absolut letale Prognose bei der geringen Pulsfrequenz (94) zum mindesten recht zweifelhaft erscheinen müsse. Dass die Pat. den schweren Eingriff einer Laparotomie noch 3 Tage überlebt habe, spräche auch nicht dafür. Der Tod sei dann durch eine septische, jauchige Peritonitis herbeigeführt worden, die vor der Operation nicht bestanden habe. Nicht zu übersehen sei ferner der Umstand, dass das Kind nicht nur noch am Leben gewesen, sondern auch am Leben geblieben sei. Fast in allen Fällen von hochgradiger Tympania uteri starben die Kinder vor der Geburt ab oder gehen doch in den nächsten Tagen nach der Geburt zu Grunde. Dasselbe würde wahrscheinlich auch bei allgemeiner Sepsis der Fall sein.

Herr Meinert bestreitet dies auf Grund seiner Litteraturstudien. Dass die septische Peritonitis seiner Pat. erst in Folge der Laparotomie entstanden wäre, sei eine willkürliche Annahme Herrn Korn's. Gleichartige Fälle mit primär septischen Allgemeinerscheinungen post partum (also unbeeinflusst durch einen operativen Eingriff) und Übergang in eine nach mehreren Tagen tödlich endende eitrige Peritonitis fänden sich genügend zahlreich in der Litteratur. Was die Pulsfrequenz anlange, so könne dieselbe in letal verlaufenden Fällen sogar unternormal sein. Wenn Herr Bode ihm das Recht streitig mache, in dem vorgetragenen Falle von »unstillbarem Erbrechen« zu berichten, weil die eigene Beobachtung eine zu kurze gewesen sei, so bedeute dies einen Angriff auf die Zulässigkeit anamnestischer Angaben überhaupt. Um die Prognose der puerperalen Infektion (intra et post partum) zu einer ungünstigen zu gestalten, bedürfe es aber nicht einmal des »unstillbaren« Erbrechens. Unter über 100 publicirten Fällen von puerperaler Sepsis, die er durchmustert habe, sei nicht ein einziger günstig verlaufen, bei welchem auch nur an einem einzigen Tage »öfters« oder »häufigeres« Erbrechen notirt wurde. Fälle natürlich bei nicht inficirten Kranken, bei denen das Erbrechen eine andere Ursache habe, dürften nicht herangezogen werden. Dass Sepsis ohne häufiges Erbrechen prognostisch günstig sei, habe er nicht behauptet, aber es kommen Fälle vor mit Temperatur über 42° C. und solche mit über 160 Puls, welche in Genesung enden.

In keinem Punkte sei die im Verlauf der Diskussion ihm entgegengehaltene Kasuistik geeignet, seine Behauptungen zu entkräften. Die Fälle, aus denen dieselben abgeleitet seien, werde er mit Angabe der Quellen und, wie er hoffe, an Zahl beträchtlich vermehrt, seiner Publikation beifügen.

Nach einigen persönlichen Bemerkungen Schluss der Sitzung.

---

9) **Thomas M. Drysdale** (Philadelphia). Kaiserschnitt bei Geburtsverhinderung durch ein im Becken eingekeiltes Fibroma uteri.

(Med. news 1887. November 26. p. 621.)

35jährige Primipara; Schwangerschaft nahezu normal (starkes Erbrechen), Eintritt der Wehen verzögert. Bei Beginn der Geburt starke Blutung: Tamponade. Ein Tumor füllt das Becken so völlig aus, dass nur ein Finger zwischen demselben und dem Schambein passiren kann: Cervix und Muttermund war mit dem Finger nicht aufzufinden, eine Uterussonde schlüpft in die Genitalien bis zum Griff, der Knopf der Sonde ist unter der Bauchhaut zu fühlen. Der schwangere Uterus fühlt sich von den Bauchdecken aus hart an, einige kleine harte, zum Theil bewegliche Tumoren sitzen demselben auf.

Es werden zunächst mehrere erfolglose Versuche in Knie-Ellbogenlage gemacht, um das im Becken eingekeilte Fibrom des Uterus nach oben zu detachiren. Sectio caesarea: Innenfläche des Uterus ist grünlich verfärbt, von gangränösem Aussehen. Uterushöhle nach der Vagina drainirt. Uterusnaht: 11 tiefe, 10 oberflächliche sympertoneale Nähte. Die Frau stirbt am nächsten Tage, unzweifelhaft in Folge von Septikämie (Sektion gemacht). Notizen über das Kind fehlen.

Kreutzmann (San-Francisko).

10) **F. Caruso** (Neapel). Brief an Dr. Budin-Paris über die bisher in Italien ausgeführten Kaiserschnitte nach Leopold-Sänger.

(Bull. méd. 1887. No. 49.)

C. theilt 3 bisher nach Sänger-Leopold in Italien ausgeführte Kaiserschnitte mit. Der eine derselben ist bereits veröffentlicht (Chiara); ein Referat findet sich im vorigen Jahrgang No. 36.

Die beiden anderen sind kurz folgende:

21jährige Ipara mit rachitischem Becken. C. d. 6,6—6,8 cm. Dauer der Geburt 63 Stunden. Blase steht. Sectio caesarea ausgeführt von Prof. Chiara-Florenz. Asphyktisches Kind, dessen Wiederbelebung leicht gelingt. Uterusnaht

mit Katgut. Dauer der Operation 1 Stunde. Glatter Heilungsverlauf, abgesehen von einmaliger Temperatursteigerung am 4. Tag (39°).

II. 28jährige Ipara. Gleichmäßig allgemein-verengtes, rachitisches Becken. C. v. 6,5 cm. Wehenthätigkeit seit 12 Stunden. Wasserabfluss seit einigen Stunden. Beckenendlage; Nabelsehnurvorfall. Sectio caesarea ausgeführt von Prof. Morisani-Neapel. Lebendes Kind. Uterusnähte mit Seide. Dauer der Operation $^3/_4$ Stunden. Tod der Mutter 30 Stunden post operat. an Sepsis.

Graefe (Halle a/S.).

11) **Theopold** (Blomberg). Geburtshilfliche Miscellen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1887. No. 50.)

Eine hochschwangere, an Verblutung verstorbene Frau hatte bereits 14 Tage im Grabe gelegen. Nachdem dieselbe wieder ausgegraben, trat während der Besichtigung der Leiche der von den Eihäuten umgebene Kopf allmählich durch die Schamspalte hervor, wie T. annimmt, in Folge des Druckes der durch die Wärme in höhere Spannung versetzten Gase (der Leib war in hohem Grade tympanitisch).

Die Extraktion eines seit 6 Stunden abgestorbenen Kindes machte in Folge hochgradiger Leichenstarre desselben nicht unerhebliche Schwierigkeiten.

Zur Losschälung von Placentarresten bediente sich T. zweimal des etwas gekrümmten Stieles eines silbernen Löffels. Es gelang leicht mit dem dünnen Rand desselben zwischen Uterus und Placenta zu dringen und letztere durch Fortschieben jenes von der Haftfläche zu trennen.

Ein sicheres Zeichen kürzlich stattgehabter Geburt, welches gerichtsärztlich verwerthbar ist, soll die Trichterform des untersten Abschnittes des puerperalen Uterus sein.

Im Anschluss an einen Fall, in welchem bei einer an Tiefstand des Uterus und Fixation desselben durch Adhäsionen leidenden, sterilen Frau Konception eintrat, nachdem durch warme Vaginalduschen und Tragen eines Meyer'schen Ringes die Gebärmutter wieder beweglich geworden war, theilt T. seine Ansichten über die Bedingungen zum befruchtenden Beischlaf mit. Er schreibt den weiblichen Genitalien unwillkürliche Aktionen beim Coitus zu, bestehend in Umschlingung der Glans durch den obersten Abschnitt der Vagina, Erektion des Uterus, dessen Grund bis zur Nabelgegend emporsteigt, und wechselndem Öffnen und Schließen des äußeren Muttermundes. Letzteres soll dem Semen den Eintritt in den Cervix gestatten, wenn es mit der Ejaculation jenes koincidirt. Für sehr wahrscheinlich hält es T., dass bei der Aktion der Vagina, des Cervix und des Uterus auch die Tuben, Ovarien und Lig. ovariorum ebenfalls aktiv seien und dass durch diese Aktionen die Sprengung eines Graaf'schen Bläschens und der Austritt eines Eies bewirkt wird. Die Begattung eines zeugungsfähigen Mannes mit einer empfängnisfähigen Frau soll nun stets Empfängnis zur Folge haben, wenn die Höhe der Aktionen der weiblichen Sexualorgane mit der Ejaculatio sem. koincidirt.

Graefe (Halle a/S.).

12) **E. Sonntag** (Freiburg). Zur Entstehung von Beschwerden nach Laparotomie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 50.)

Ein 26jähriges Mädchen, welches an Retroflexion mit Linkslagerung des Uteruskörpers und linksseitiger Perioophoritis litt, wurde wegen mannigfacher, sie arbeitsunfähig machender Beschwerden nach anderweitiger vergeblicher Behandlung 1879 in der Hegar'schen Klinik kastrirt. Der Erfolg der Operation war anfänglich ein sehr günstiger. Die früheren Leiden der Pat. waren gehoben. Nach $^3/_4$ Jahr aber stellten sich heftige Schmerzen im Leib links von der Laparotomiewunde, zeitweise Brechneigung nach dem Essen ein. Allmählich verschlechterte sich der Zustand der Pat. mehr und mehr. Heftige Schmerzanfälle, verbunden mit fortwährender Brechneigung, Ekel vor jeder Speise, leichten Temperatursteigerungen

traten immer häufiger auf und hielten bis 14 Tage an. Pat. kam dabei wieder hochgradig herunter. Nachdem sie sich wieder in die Klinik hatte aufnehmen lassen, wurde sie abermals laparotomirt, da man vermuthete, dass die erwähnten Beschwerden Folgen von Verwachsungen des Netzes und der Därme mit der Narbe seien. Diese Diagnose bestätigte sich. Zwar fanden sich keine Darmadhäsionen, wohl aber ausgedehnte Verwachsungen des Netzes, von dem ein Theil resecirt wurde. Der Erfolg der Operation war ein sehr zufriedenstellender. Alle Beschwerden verschwanden und sind auch zur Zeit der Publikation S.'s noch nicht wiedergekehrt.

Verf. nimmt Gelegenheit, darauf hinzuweisen, dass schon von anderen Autoren (Pipelot, Emmert) hervorgehoben worden sei, dass Netzbrüche Störungen seitens des Magens, Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen zur Folge haben. Er sieht in dem vorstehend kurz referirten Fall einmal ein Beispiel dafür, dass auch ein an und für sich guter Operationserfolg durch späteres Entstehen anderweitiger Beschwerden vollkommen verdeckt werden kann und zweitens für die Thatsache, dass durch einfache mechanische Zerrung und Dehnung veranlassende Missverhältnisse nicht nur heftige lokale Schmerzen, sondern auch konsensuelle Erscheinungen hervorgerufen werden können, welche dann nach dem landläufigen Gebrauch als Neurosen oder hysterische Neurosen gedeutet werden. **Graefe** (Halle a/S.).

Einladung

zu der 61. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Köln.

Als Einführender der geburtshilflich gynäkologischen Sektion der vom 18. bis 23. September in Köln tagenden Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte beehre ich mich die Herren Fachgenossen zu reger Betheiligung ergebenst einzuladen.

Die erste Begrüßung findet Montag den 17. September Abends 8 Uhr im Casino statt. Die Sitzungen der gynäkologischen Sektion werden in Quinta A des Realgymnasiums abgehalten.

Bis jetzt sind folgende Vorträge angemeldet:

1) Herr Dr. Meinert, Dresden:
  a. Über Perineorrhaphie nach Lawson Tait.
  b. Eine sichere Katgutnaht für die Emmet'sche Operation.

2) Herr Dr. Flothmann, Bad Ems:
  a. Bericht über die Geburt eines anencephalen Kindes.
  b. Pseudohermaphroditismus masculinus nebst Demonstration.
  c. Vorstellung einer Frau mit rudimentärem Uterus, rudimentären Ovarien und fehlender Scheide.

3) Herr Hofrath Dr. Schramm, Dresden: Über den Werth der diaphonoskopischen Untersuchungsmethoden.

4) Herr Prof. Lahs, Marburg: Über die Wirkung der Bauchpresse.

Die Herren Vortragenden werden gebeten, ein kurzes Referat zur Veröffentlichung im Tageblatte der Naturforscherversammlung mitzubringen.

Die vorzustellenden Kranken können im hiesigen Bürgerhospitale einquartirt werden.

Köln, 30. Juli 1888. *Dr. Rheinstädter.*

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 33. Sonnabend, den 18. August. 1888.

Die praktischen Erfolge der modernen Geburtshilfe.

Von

Dr. Wilhelm Fischel,

Docent an der deutschen Universität in Prag.

(Schluss.)

Suchen wir nun festzustellen, wie viele von den in der ärztlichen Praxis vorgekommenen Wochenbettstodesfällen ungefähr auf vermeidbare Infektion zurückzuführen sind, so kommen wir zu einer annähernd richtigen Schätzung, wenn wir von den 2236 Fällen alle durch Eklampsie, Placenta praevia und Uterusrupturen veranlassten in Abzug bringen, und gänzlich davon absehen, das auch unter diesen ein großer Theil durch Infektion bedingt ist. Alle anderen Todesfälle fallen der vermeidbaren septischen Infektion zur Last. Unter 1 Million Geburten kommen vor, nach bekannten Durchschnittszahlen berechnet:

2000	Fälle	von	Eklampsie	mit	580	Todesfällen
639	»	»	Placenta praevia	»	117	»
436	»	»	Uterusruptur	»	359	»

Rechnen wir hinzu, dass die Ärzte unter ihren 52 000 Geburten denselben Procentsatz durch Hebammen inficirter Fälle überkommen, wie er für die ausschließlichen Hebammengeburten gilt, nämlich 0,62% so sind das 322 Fälle, zusammen also müssen von den 2236 Todesfällen

der ärztlichen Praxis 1078 unvermeidbare in Abrechnung kommen, und bleiben als durch septische Infektion durch Ärzte verschuldet 1158 = 2,2%.

Bei aller Anerkennung, die wir oben dem ärztlichen geburtshelfenden Personal im Vergleich mit den Leistungen der geburtshilflichen Kliniken aussprechen mussten, zeigt sich also, dass in der vorantiseptischen Zeit die Ärzte 3 bis $3^1/_2$mal gefährlicher waren für die gebärenden Frauen, als die so vielfach angegriffenen und nach meiner Darlegung über Gebühr verklagten Hebammen.

Es ist sicher, dass seit Einführung der Antisepsis diese Gefährlichkeit der Ärzte sich in etwas vermindert hat; zu wünschen bleibt, und als erreichbares Ziel muss es aufgestellt und gefordert werden, dass durch einen modernen Arzt ein Todesfall an vermeidbarer Sepsis überhaupt nicht verschuldet werde. Wie bald dieses Ziel in der Wirklichkeit erreicht sein wird, hängt von zwei Umständen ab, die ich hier mehr andeuten als ausführlich besprechen will.

Erstens müssen die antiseptischen Maßnahmen selbst in einer Weise ausgebildet werden, dass sie vollkommen unschädlich bleiben. Hierauf komme ich bei Besprechung der Verhältnisse in der Hebammenpraxis noch einmal kurz zurück.

Zweitens muss darauf geachtet werden, dass bei den künftigen Ärztegenerationen nicht in dem Maße als die antiseptische Ausbildung zunimmt, die technische zurückbleibe. Letzteres könnte aus zwei Gründen eintreten. Denn erstens wird auf den Kliniken die Zulassung der Ärzte zu Untersuchungen und gar zu Operationen allgemein außerordentlich und, wie ich glaube, über Gebühr beschränkt, und zweitens weil jeder Arzt in seiner eigenen Praxis selbst Untersuchungen und Operationen auf ein Minimum reducirt, wodurch seine Übung und Dexterität in den wirklich unerlässlichen Operationsfällen ihn oft im Stiche lassen dürfte. Es wird der geburtshilfliche Unterricht der nächsten Zukunft bereits diesem Umstande Rechnung tragen müssen, sonst würden vielleicht die septischen Todesfälle ab-, die durch mangelhafte Technik verschuldeten aber zunehmen. Dass man bei gewissenhafter Überwachung der Desinfektionsvorschriften die Studirenden beinahe unbeschränkt zu den Untersuchungen heranziehen kann, davon habe ich mich als supplirender Leiter der Prager deutschen geburtshilflichen Klinik im Wintersemester 1886/1887 überzeugt, in welchem Zeitraum kein Infektionsfall der Klinik zur Last fiel, trotzdem ich das Material in liberalster Weise den Studenten zur Verfügung stellte.

Wie steht es nun mit der Mortalität der Wöchnerinnen in der Hebammenpraxis seit Einführung der Antisepsis? Wie aus den oben mitgetheilten von Dohrn beigebrachten Statistiken hervorgeht, ist eine deutliche Besserung im Großen nicht erkennbar[3].

[3] In Prag kamen (Physikatsbericht) in der Privatpraxis vor:

1882 unter 3202 Geburten 19 septische Todesfälle.
1883 » 3466 » 25 » »

Wenn wir uns aber Angesichts dieses gewiss zu beklagenden Stillstandes fragen, ob die Angriffe und Anklagen, die von vielen Seiten gegen unseren Hebammenstand gerichtet werden, ob die Bestrebungen einzelner eifriger Verfechter der Antisepsis, diesen ganzen Stand abzuschaffen und durch einen erst neu zu schaffenden von besser vorgebildeten Diakonissinnen der Geburtshilfe zu ersetzen, berechtigt sind, so möchte ich dies entschieden verneinen.

Gewiss geben einzelne Mitglieder des Hebammenstandes Grund zur berechtigten Klage, in so fern sich an ihre Person ganze Reihen von Infektionsfällen knüpfen. Aber die Gesammtheit des Standes hat gut funktionirt. Sie hat in vorantiseptischer Zeit 3—4mal weniger Infektionsfälle verschuldet, als der ärztliche Stand, und ist auch jetzt demselben vielleicht noch überlegen. Dass auch für die Hebammenpraxis die Erreichung eines Mortalitätsprocentes von 0,0% als Ideal hinzustellen ist, dass dasselbe nur mit Hilfe der allgemeinen Einführung der Asepsis wirklich erreicht werden kann, steht fest.

Dass bisher die Bemühungen, der Asepsis und Antisepsis in die Hebammenpraxis Eingang zu verschaffen, geringen Erfolg hatten, darf uns nicht entmuthigen.

Wenn wir sehen, wie schwer es den Professoren der Geburtshilfe wurde, sich in das Joch der Antisepsis zu beugen, als Semmelweiß zuerst mit seinen bescheidenen und sicher unschädlichen Anforderungen an Reinlichkeit und desinficirenden Waschungen an sie herantrat, wenn wir beobachten, wie noch jetzt manche hervorragende Ärzte (ich erinnere nur an Lawson Tait) den Werth der Antisepsis nicht verstehen und desshalb leugnen, wie kann es uns da Wunder nehmen, wenn die ungebildeten Hebammen den Nutzen der Antisepsis nicht begreifen und dieselbe als werthlose Plackerei betrachten. Um so weniger, als die meisten Hebammen mit Recht darauf hinweisen können, dass sie Hunderte von Geburten ohne septischen Todesfall besorgt, dass sie solche überhaupt erst nach Zuziehung von Ärzten erlebt haben.

Es ist ja klar, dass der Nutzen der Antisepsis dort am ausgeprägtesten ist, wo früher am meisten gesündigt wurde, in der Gebäranstalts- und ärztlichen Praxis, am undeutlichsten, wo am wenigsten zu leisten ist, in der Hebammenpraxis und dass er hier nur an den großen Zahlen einer allgemeinen Landesstatistik ersichtlich wird. Dass aber auch der kleine Schade, den die Hebammen anrichten, auch einer Verringerung durch die Antisepsis fähig ist, kann wohl jeder Geburtshelfer in seinem kleinen Kreise, den er genau kennt, konstatiren. Ich für meine Person beobachte mit Vergnügen in Prag

---

1884	unter	—	Geburten	19	septische Todesfälle.
1885	»	4361	»	22	» »

Wie viele von diesen durch Hebammen, wie viele durch Ärzte verschuldet wurden, lässt sich nicht sicherstellen.

seit ca. 5 Jahren eine merkliche Besserung in der Morbilitäts- und Mortalitätsstatistik der Hebammen. Ob eine solche auch in der Landpraxis schon wahrnehmbar ist, weiß ich nicht; es wird sich das erst nach einer Reihe von Jahren ziffermäßig darstellen lassen, d. h. in Deutschland, aber aus oben angeführten Gründen nicht in Österreich.

Dass in der gegenwärtigen als Übergangsperiode zu betrachtenden Zeit der Nutzen der Einführung der Antisepsis nicht immer evident sein wird, darf uns nicht überraschen. Wir wissen ja, dass auch in der Anstaltspraxis bei Einführung der Antisepsis theures Lehrgeld bezahlt wurde, z. B. in der Periode der Uterusausspülungen und der Benutzung des Sublimats zur objektiven Desinfektion. Aber trotz aller Schwankungen wird er schließlich auch in der Hebammenpraxis allgemein hervortreten.

Sache der Hebammenlehrer wird es sein, ihren Schülerinnen nur solche antiseptische Maßnahmen beizubringen, die wirklich nützen und absolut nicht schaden. Alles, dessen Nutzen nicht erwiesen ist, Alles, dessen Unschädlichkeit nur dem geringsten Zweifel ausgesetzt ist, muss in der Hebammenpraxis vermieden werden, eingedenk des Umstandes, dass hier ja viel weniger zu verbessern ist als in der ärztlichen Praxis[4].

Außer der antiseptischen Ausbildung muss die Haupttendenz des Hebammenunterrichtes dahin gerichtet sein, dass sie, womöglich durch äußere Untersuchung, rechtzeitig die Schwierigkeiten erkennt, die die Herbeiziehung eines Geburtshelfers nöthig machen. Den Hebammen selbst ärztliche Befugnisse zu geben, halte ich für verfehlt. Denn einer Frau, die allein beim Kreißbette ist, zuzumuthen, in wirklich gefahrvollen Zuständen mit Ruhe und kaltem Blute einzugreifen, halte ich selbst dann nicht für hilfebringend, wenn diese Frau die volle Ausbildung eines praktischen Arztes hätte. Kommt ja bei

---

[4] In Bezug auf die Details der antiseptischen Verrichtungen muss der strengste Maßstab an die Unschädlichkeit derselben angelegt werden. Ich erwähne nur, dass, bevor man mit Schultze (s. o.) verlangt, dass jede Hebamme das Geburtszimmer mit einer Sublimatlösung waschen lasse, man sich wohl überlegen muss, ob bei einer derartigen Verschwendung von Sublimat nicht etwa der Gesundheitszustand der Bevölkerung in anderer Weise geschädigt wird. Eben so muss man die Frage, ob die Hebamme bei jeder Entbindung eine Scheidenausspülung machen soll, noch einmal einer Prüfung nach ihrem wahren Werthe unterziehen, d. h. ob nicht eventuell mehr durch dieselbe geschadet werden kann, als genutzt. Man halte sich stets vor Augen, dass die Mortalität in der Hebammenpraxis eine relativ kleine ist, dass der Nutzen der Antisepsis daher nie so klar zu sehen sein wird, wie in der ärztlichen Praxis, dass es sich daher empfiehlt, Alles was schaden kann, absolut zu verbieten. Eben so empfiehlt sich für die Hebammen ein etwas längeres Beibehalten erprobter Vorschriften. Der Fortschritt wird dadurch vielleicht langsamer, aber sicher beständiger, nicht durch Rückfälle unterbrochen. Man denke nur was die Folge gewesen wäre, wenn ein Enthusiast für die Sublimatbehandlung dieselbe etwa zwangsweise in die Hebammenpraxis eingeführt hätte! Wie viel Sublimatvergiftungen hätte das Deutsche Reich eingetauscht für seine 11000 Puerperalfiebertodesfälle!

Ärzten, die schon die Assistenz der Hebamme zur Seite haben, das Delirium operatorum nicht selten vor! Desshalb bin ich der Ansicht, dass eine höhere geburtshilfliche Ausbildung selbst in Norwegen und Russland, wo sie mit der Unmöglichkeit, schnell genug einen Arzt herbeizurufen, begründet wird, nicht segensreich ist. Dass sie in Deutschland und in meinem engeren Vaterlande, wo an Ärzten kein Mangel herrscht, absolut nicht nothwendig ist, dürfte keinem Widerspruche begegnen. Desshalb halte ich auch die Bestrebungen jener für verfehlt, die unseren gegenwärtigen Hebammenstand für seiner Aufgabe nicht gewachsen halte. Im Gegentheil, ich wiederhole es, der Stand wurde schon in vorantiseptischer Zeit seiner Aufgabe besser gerecht, als jener der Ärzte, und in Zukunft soll, nach meiner Meinung, die ihm obliegende Aufgabe noch erleichtert werden. Das Publikum reicht dazu willig die Hand, indem ärztliche Hilfe resp. Überwachung bei Geburten jetzt viel häufiger gewünscht wird, als sonst und die Hebamme auf keinen Widerstand stoßen wird, wenn sie in schweren oder auch nur in ihr unklaren Fällen einen Arzt herbeiruft.

Desshalb glaube ich, braucht das Material, aus dem der Hebammenstand sich rekrutirt, nicht geändert zu werden. Mit zunehmender Volksbildung wird auch das Bildungsniveau der Hebammen steigen. Ferner müssen die Hebammen beim ersten so wie bei allfälligem Wiederholungsunterrichte nicht bloß in die Technik der ihnen obliegenden antiseptischen Verrichtungen eingeweiht werden, es muss ihm auch etwas von dem heiligen Eifer, der uns für die edle Sache erfüllt, eingeflößt werden. Dann wird nicht zu befürchten sein, dass sie nach Eintritt in die Praxis so leicht degeneriren. Dass dies bisher sehr oft der Fall ist, kann ich aus eigener Erfahrung bestätigen. Der Grund ist zum Theil der, dass sie die Antisepsis nicht aus Überzeugung trieben, und dass ihnen das Experiment auch ohne Antiseptica normale Wochenbetten zu haben, — fast möchte ich sagen leider — zu oft gelingt. Ein weiterer Grund der Degeneration der Hebammen besteht aber in mangelhafter oder fehlerhafter Überwachung seitens der Ärzte. Mangelhaft gestaltet sich die Überwachung der Hebamme durch den Arzt, wenn derselbe selbst kein überzeugter und geschulter Antiseptiker ist und gerade zum Übermuth muss jede Hebamme herausgefordert werden, wenn sie mit Ärzten zusammenkommt, die von Geburtshilfe noch weniger verstehen als sie. Wie soll eine Hebamme nicht degeneriren, wenn es Ärzte giebt, die Zangen anlegen, Ergotin verschreiben, bloß weil die Hebamme die Indikation aufgestellt hat. Hier kann nur Hilfe kommen durch Verbesserung der geburtshilflichen Ausbildung der Ärzte.

Fehlerhaft erscheint uns die Kontrolle durch die Ärzte, wenn dieselben stets verlangen, dass die Hebamme nach einer bestimmten ihnen beliebigen antiseptischen Methode vorgehe. Es ist zu viel verlangt, dass eine Hebamme mehrere Methoden der Antiseptik

beherrsche; wenn sie eine gut inne hat, so lasse man sie gewähren und spende ihr noch Lob. Thut man dies nicht, verlangt jeder Arzt eine andere antiseptische Technik, so wird die Hebamme verwirrt, und leicht wird da ein Fehler, ein Mangel resultiren, statt der angestrebten Verbesserung.

Eine zweite Maßregel, durch die wir die Mortalitätsverhältnisse in der ca. 30 Jahre dauernden Übergangsperiode bis zum Absterben aller bereits in der Praxis befindlichen nicht genügend antiseptisch geschulten Hebammen verbessern können, ist die Einberufung derselben zu Wiederholungskursen. Ich schließe mich hier den Vorschlägen, die B. S. Schultze gemacht hat, voll an. Aber auch bei den Wiederholungskursen soll nicht bloß die Technik, sondern auch etwas vom Geiste der Antisepsis auf die Hebammen übergehen. So wird das Hebammenpersonal theoretisch verbessert. Damit es in der Praxis auch gut bleibe, ist eine stete Kontrolle nöthig und soll der Eifer der überwachenden Ärzte nie mit Voreingenommenheit gegen den ganzen Stand verbunden sein. Die Erfahrung lehrt ja, dass es immer nur einzelne Hebammen sind, die Puerperalfieberepidemien erzeugen und oft in die weitesten Kreise tragen. Gegen diese vereinzelten Sünderinnen richte sich der Arzt mit aller Strenge; die gegen diese vorgeschlagenen Maßregeln: Desinfektion in Gegenwart des Arztes, eventuell Suspension von der Praxis dürften ausreichen, um den von dieser Klasse Hebammen ausgehenden Schaden in der Zukunft auf ein Minimum herabzudrücken.

---

1) **Ahlfeld.** In wie weit ist das Fruchtwasser ein Nahrungsmittel für die Frucht?

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 2.)

Durch nochmalige Untersuchungen hat A. nicht allein mehr oder minder bedeutende Mengen von Eiweiß im Fruchtwasser ermittelt, sondern auch in kleinen Mengen von Meconium, in Wasser verdünnt, auf Glasplatten gegossen und so getrocknet, eine Unmenge von Wollhaaren nachgewiesen, welche das Kind zusammen mit dem Fruchtwasser geschluckt haben muss; letzteres muss, da sich diese Wassermengen im fötalen Darm nicht vorfinden, zusammen mit dem in ihm enthaltenen Eiweiß resorbirt worden sein. Die neben ihm auch von Reubold und Anderen konstatirten rhythmischen Bewegungen, welche A. auch graphisch neuerdings in einem Falle dargestellt hat, glaubt er nicht anders als intra-uterine Schluckbewegungen deuten zu können.

Auf Grund hiervon beharrt Verf., Wiener und Fehling gegenüber, auf seiner Ansicht, dass das Fruchtwasser ein Nahrungsmittel, wenn auch nicht das alleinige, — bei Früchten mit Verschluss der Mundhöhle und des Ösophagus giebt das Nabelvenenblut die Nährquelle ab, — für die Frucht ist und entkräftet den Einwurf Fehling's, dass der fötale Magensaft gar nicht zur Eiweißverdauung geeignet

sei, dadurch, dass eine Peptonisirung des gelösten Eiweißes zur Resorption nicht nothwendig sei und wir auch nicht wissen, ob nicht die größeren Eiweißmengen eher vom Darme als vom Magen aufgenommen werden. **Menzel** (Görlitz).

---

2) **Ahlfeld.** Die Verhütung der infektiösen Augenerkrankungen in der ersten Lebenswoche.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 2.)

Verf. theilt die infektiösen Augenerkrankungen der ersten Lebenswoche in drei Klassen.

1) Blennorrhoe, durch das Vorhandensein von Diplokokken charakterisirt, läuft selten vor Ende der zweiten Woche ab; bei nicht genügender Vorsicht wird die Cornea mit betroffen.

2) Conjunctivitis suppurativa; Diplokokken fehlen; statt deren zahlreiche stäbchenförmige Bakterien; ein bis zwei Tage ähnliche Erscheinungen wie bei Blennorrhoe. Heilt selbst in schwereren Fällen vor Ende der ersten Woche oder Anfang der zweiten Woche ab. Cornea nicht oder nur sehr unerheblich betheiligt.

Die unter 1 und 2 einschlägigen Krankheitsfälle werden isolirt.

3) Conjunctivitis levis, katarrhalische Reizung. Conjunctiva geröthet; Absonderung minimal. Das Kind öffnet die Augen spontan.

In der Marburger Klinik ist seit $3^1/_2$ keine Blennorrhoe, seit $1^1/_4$ Jahr keine suppurative Conjunctivitis zur Beobachtung gekommen.

Diese überaus günstigen Resultate betrachtet A. als eine Folge der von Jahr zu Jahr sich steigernden Antisepsis und führt sie darauf zurück, dass in der Marburger Klinik jede Kreißende ante partum gebadet wird und präliminäre Scheidenduschen (Subl. 1,0 : 1000,0) erhält, dass sofort nach der Geburt des Kopfes die Augenlider mit Wasser gereinigt werden und der geborene Kopf durch Emporhalten von den dem mütterlichen Genitalkanal entstammenden Flüssigkeiten getrennt und dass während der ganzen Wochenbettszeit beim Baden zum Auswaschen der Augen und Abwaschen des Gesichts stets frisch herbeigeholtes Leitungswasser benutzt wird. Alle diese prophylaktischen Maßregeln zusammen sind nöthig zur Verhütung schwerer Augenerkrankungen in der ersten Lebenswoche.

Menzel (Görlitz).

---

3) **Neudörfer** (Wien). Gegenwart und Zukunft der Antiseptik und ihr Verhältnis zur Bakteriologie.

(Klinische Zeit- und Streitfragen Bd. II. Hft. 1. Wien 1888.)

Die vorstehende lesenswerthe Arbeit zerfällt, wie schon der Titel anzeigt, in zwei Abschnitte. Im ersten werden nach einer kurz skizzirten Geschichte der Antiseptik resp. der Ursachen der Krankheiten (in der Pasteur als Gründer der modernen Bakteriologie, Lister als derjenige, welcher die Ansichten Pasteur's in der Wund-

behandlung praktisch zur Verwendung brachte und Koch als rationeller Forscher und Beförderer der Lehre vom Contagium vivum hingestellt werden) die Entstehung der Entzündung und Eiterung durch Mikroben — Staphylococcus pyogen. aur., albus und citricus, so wie Streptococcus — die Aufgaben der Antiseptik und Anwendung derselben bei Operationen kurz erörtert, um dann in einem weiteren Kapitel die wichtigsten Antiseptica und deren Gebrauch eingehender zu besprechen. Bezüglich des letzteren Punktes wird es bei N.'s bekannter Vorliebe für Pulververbände nicht Wunder nehmen, dass sämmtliche Antiseptica in 1—3%iger Mischung mit indifferenten Pulvern (Talk, Amylum, Magnesia etc.), selbst Chloralhydrat und Sublimat (letzteres 1:1000 Talci venet.) empfohlen werden. Hinsichtlich der Antiseptica selbst verhält sich N. gewiss ablehnend gegen Sublimat, Karbol und Jodoform, an dessen Stelle nach seiner Meinung bald Jodol und Sozojodol wegen ihrer Geruchlosigkeit und Nichtgiftigkeit treten müssen. Als fernere empfehlenswerthe Antiseptica werden, insbesondere wegen seiner schmerzstillenden Wirkung, Antipyrin, weniger Antifebrin, und in der Frauenpraxis besonders Natrium fluorosilicium (in Form von 1—1,5%iger Lösung oder 5%igem Streupulver) angegeben. Doch das größte und begeisterte Lob spendet der Autor dem Creolin: »Es sei für höhere Thiere und für Menschen absolut ungiftig, sei aber für die große und gefährliche Sippe der Mikroben fast zehnmal so giftig, als die Karbolsäure, es löse sich im Wasser, in Alkohol und Glycerin, es habe blut- und schmerzstillende Eigenschaften, beschränke die Eiterung, greife weder die Metalle noch die Haut an, reinige, desinficire und konservire beide und sei auch sehr billig.« N. glaubt, es sei dieses Antisepticum vor Allem berufen, sich die Alleinherrschaft in der antiseptischen Chirurgie zu erobern. Im Kapitel über Dauerverband, Drainage und sekundärer Naht offenbart sich N. als großer Befürworter der letzteren.

Den Übergang zum zweiten Theile der Arbeit, Zukunft der Antiseptik und Verhältnis der Bakteriologie zu derselben, bildet die Besprechung der Hypothesen über Phagocythen, Ptomaïne und Leukomaïne, so wie der Wirkung der Mikroben auf den Organismus, und kommt N. zum Schlusse, dass die Mikroorganismen nicht direkt die Wunderkrankungen bedingen, sondern dass durch das Eindringen der Bakterien in den Körper, durch ihr Verweilen und ihre Lebensvorgänge in demselben ein lokaler Reiz auf die sympathischen Nerven ausgeübt werde, wodurch bei Fortdauer dieser Reizung allgemeine Ernährungsstörungen (Krankheiten) in den Geweben eintreten. Des Weiteren führt dann der Verfasser aus, dass solche Reizungen der sympathischen Nerven resp. consecutive Ernährungsstörungen nicht nur von Bakterien, sondern auch von anderen Agentien abhängen können. Zufolge dieser Deduktion fordert N. von einem guten Antisepticum nicht ausschließlich baktericide Eigenschaften, sondern mehr noch die Kraft, die sympathischen Nerven gegen abnorme Reize zu schützen eventuell unempfindlich zu machen oder sie we-

nigstens gegen dieselben abzustumpfen. In einem, in Anbetracht der Wichtigkeit der darin enthaltenen Hinweise leider zu kurzen Schlusskapitel wird über die Beobachtungen Mosso's betreffs der Nekrobiose der Blutkörperchen berichtet und darauf hingewiesen, dass diese Beobachtungen berufen sind, einen größeren Einfluss auf die Physiologie und Pathologie in Zukunft zu üben, als es bis jetzt die Bakterien vermochten! Schon jetzt sei die mikroskopische Untersuchung des Blutes und Eiters für den Arzt zur Feststellung der Diagnose und Prognose von größtem Werthe.

Torggler (Innsbruck).

Kasuistik.

4) Aus den Verhandlungen der geburtshilflichen Gesellschaft zu London im März, April und Mai 1887.

(Transactions of the obstetr. soc. of London 1887.)

1) Verhalten der Placenta in einem durch die Porrooperation entfernten Uterus; demonstrirt von Galabin.

Uterus sehr dick, stark kontrahirt; Placenta nicht wie gewöhnlich ungelöst, sondern mit am unteren Rande beginnender Trennung. Außerdem war die an der hinteren Wand sitzende Placenta durch die Incision der vorderen Wand evertirt; die hintere Uteruswand nach außen konkav. Die Randlösung hält G. durch direkte Einwirkung der Uteruskontraktion (Hindrängen der Placenta nach dem Locus minoris) entstanden, die Eversion durch Überwiegen der Kontraktion der äußeren Muskelfasern, bei Verhinderung der inneren durch die noch anhaftende Placenta.

2) Francis H. Champneys (London): Der Mechanismus der dritten Geburtsperiode.

Redner zählt im ersten Theile seines Vortrags, die Lösung der Placenta betreffend, zunächst die Thatsachen auf, welche durch direkte Beobachtung und bei Porrooperationen etc. gewonnen sind. Erstere ergiebt, dass bis zur Geburt des Kopfes die Placenta noch haftet und dass sie nach der Geburt desselben nicht sich mit einem Male löst. Der Untersuchungen Lemser's, die ergaben, dass die Placenta unmittelbar nach der Geburt des Kindes völlig gelöst ist, wird ausführlich gedacht; eben so der Publikationen Schröder's und Cohn's. Die gelegentlichen operativen Eingreifens vom Abdomen her gewonnenen Fakten sind gerade wegen der hierdurch bedingten mannigfachen störenden Einflüsse nur mit Reserve zu verwerthen; decken sich auch nicht mit den durch klinische Beobachtung gewonnenen.

Hierauf werden die Theorien der Ursachen der Lösung der Placenta besprochen, 1) durch Kontraktion und Retraktion direkt (Reduktion der Ansatzstelle); 2) durch Kontraktion und Retraktion indirekt, a) Trennung des weniger fest anhaftenden Centrums mit hierdurch bedingter Ansaugung von Blut, b) Auspressung von Blut nach der Oberfläche hin während der Kontraktion; c) rapide Verringerung des intra-uterinen Druckes durch die Ausstoßung des Kindes. 3) Durch Hindrängen der Placenta nach dem Punkte des geringsten Widerstandes. Ferner werden die verschiedenen Arten der Lösung der Placenta besprochen, je nach dem Ort und der Festigkeit der Anheftung, die Lösung vom Rande und vom Centrum her. R. ist der Ansicht, dass Bluterguss in gewissem Grade eine, wenn auch nicht die hauptsächlichste, Rolle bei der Lösung der Placenta spielt.

Im zweiten Theile des Aufsatzes, welcher von der Austreibung der Placenta handelt, wird zunächst die einschlägige Litteratur herangezogen: Lemser, Salin, M. Duncan, Schultze, Ribemont und Ahlfeld. Die beiden hauptsächlichst in Betracht kommenden Gegensätze Schultze und Duncan werden

besprochen. R. theilt dann selbst 70 genau kategorisirte Beobachtungen mit; die Angaben beziehen sich auf die Art der Austreibung; die jeweilige Menge des ergossenen Blutes, die Maße an den Eihäuten und dem sich einstellenden Theil der Placenta. Die Fötalfläche stellte sich in 64, die mütterliche in 2, das Amnion in 4 Fällen; — bei jenen 2 Fällen war am Nabelstrang gezogen worden. Der tiefsttretende Theil lag 65mal näher dem unteren Rande der Placenta, 1mal näher dem oberen, 2mal etwa in der Mitte. Der untere Rand selbst oder das Amnion traten in 16 Fällen voran tiefer. In der größten Mehrzahl der Fälle trat ein Punkt der fötalen Fläche voran, innerhalb 2 Zoll vom unteren Rande gelegen. Ansatzstelle am Fundus wurde nicht beobachtet. Je höher der Ansatz der Placenta, je weiter vom Rande entfernt lag im Ganzen der vorangehende Punkt. Die durchschnittliche Blutmenge, die vor Ausstoßung der Placenta abfloss, betrug 6 Unzen, in den Membranen oder mit der Placenta eben so viel. R. kommt zu folgenden Schlüssen: Ein gewisser mäßiger Bluterguss bildet, neben der Reduktion der Ansatzstelle, wahrscheinlich mit die Ursache der Lösung der Placenta und zugleich eine der Erscheinungen einer normal verlaufenden dritten Geburtsperiode überhaupt. Die Amniosfläche der Placenta geht in der großen Majorität der Fälle voran und zwar meist mit einem dem unteren Rande benachbarten Punkte. Letzterer wechselt etwas mit dem Ansatz der Placenta. Die Inversion der Placenta entsteht in den meisten Fällen nicht durch Zug am Nabelstrang, sondern durch den retro-placentaren Bluterguss.

In der darauf folgenden Diskussion erinnert zunächst M. Duncan, dass Barbour in einem durch Porrooperation gewonnenen Uterus die Placentarstelle bis auf einen Durchmesser von 4 Zoll kontrahirt fand, ohne retroplacentares Hämatom und ohne Spur von Lösung überhaupt. Ein Befund, der doch sehr gegen Schultze's und Schröder's Ansicht spreche. Er könne sich auch Angesichts der Untersuchungsergebnisse des Vortr. nicht von dem Irrthümlichen seiner Ansicht überzeugen. Die Lösung des unteren Placentarrandes in Galabin's Porro-Uterus ererkläre nichts.

Galabin macht unter Anderem darauf aufmerksam, dass die Differenz in den Befunden Champney's und der anderer Beobachter vielleicht in der in den Geburten des Ersteren eingenommenen Seitenlagen der Gebärenden und deren Einfluss auf die Lage des Fundus ihren Grund habe.

Im Schlusswort bemerkt C. auf einige in der Diskussion erhobene Einwürfe: Es habe keinerlei Reizung des Uterus durch Knetung oder dgl. stattgefunden. Die Uteruswandungen lägen nach der Ausstoßung des Kindes nicht sowohl an einander, sondern seien durch eine dünne Schicht Liquor amnii und Blut außer der Placenta selbst getrennt. Ist die Verbindung der Placenta mit der Uteruswand eine gleichmäßige, so beginnt ihre Lösung wahrscheinlich von der Peripherie her; ist der eine Theil fester adhärent als der andere, so beginnt die Lösung von der anderen Seite her. Gegen M. Duncan besonders betont C. die Wichtigkeit und Verlässlichkeit klinischer Untersuchungsbefunde gegenüber Gefrierschnitten und Porro-Uteri. Wenn D. behaupte, die Fötalfläche der Placenta gehe nur dann voran, wenn am Nabelstrang gezogen worden sei, Inversion der Placenta finde nicht statt, bei normalem Verlaufe erfolge kein retroplacentarer Bluterguss, stelle er sich damit willkürlich in Gegensatz zu den Thatsachen und den Beobachtungsergebnissen sämmtlicher neuerer Untersucher.

3) Handfield-Jones: Fall von doppeltem Uterus (Uterus bicornis unicollis).

Trägerin hatte bereits 5mal geboren; nur bei einer dieser Geburten war etwas Abnormes vorgekommen. Es war eine Zwillingsschwangerschaft, wobei die eine Frucht faultodt geboren wurde; sie musste bereits seit 4—6 Wochen abgestorben sein. Die 6. Entbindung verlief ebenfalls normal; 2 Stunden post p. trat aber Eklampsie ein, die noch denselben Tag zum Tode führte. Es ergab sich: Vagina normal, Cervix weit und dick, Kanal nach oben getheilt, 2 Corpus. Im linken Horn hatte das Ei gesessen; das rechte etwa zum Drittel der Größe des linken hypertrophirt. Ovarien beiderseits normal gelagert, im linken das Corpus lut. gra-

vid. Der Douglas'sche Raum war getheilt durch eine Peritonealduplikatur, welche vom Rectum aus zwischen den beiden Hörnern durch bis auf die Blase lief; die linke der so gebildeten Taschen war weniger tief, da hier das Peritoneum durch den schwangeren Uterus mit in die Höhe gezogen war.

4) W. Griffith demonstrirt Präparate von Perimetritis und Parametritis anterior und geht auf die Differentialdiagnose beider Erkrankungsformen ein. Gemeinsam sei beiden die empfindliche Geschwulst, fühlbar im vorderen Scheidengewölbe; diese habe bei parametritischem Charakter die Neigung, sich nach der Seite, nach dem Lig. lat. zu, auszudehnen, und so den Uterus nach der anderen Seite zu drängen. Liege der Entzündungsherd dagegen im Perimetrium, so entstünde durch Verpackung von Uterusadnexen, Därmen etc. Exsudatmassen zwischen dieselben, stets leicht ein Tumor im Hypogastrium; nur in ganz chronisch verlaufenden alten Fällen zeige dieser Neigung, auf das Parametrium überzugehen. Ein anderes differentielles Moment sei die der parametralen Entzündung eigene bretthарte Konsistenz. Beide Erkrankungen gingen mit starken Blasenstörungen einher. Schwer sei oft auszuschließen, ob es sich nicht um einen adhärenten, entzündeten Ovarialtumor handle. In M. Duncan's Klinik kamen von 1879—1884 249 Beckenentzündungen zur Beobachtung, davon 77 parametritischer Natur, in 6 (nur? Ref.) waren beide Erkrankungen vorhanden. 6 von den 155 Perimetrititen waren ante-uterin, 9 von den Parametrititen; im Übrigen war die linke Seite doppelt so häufig Sitz der Erkrankung als die rechte.

Horrocks und M. Duncan selbst geben in der Debatte das Missliche einer bestimmten Trennung der Entzündungsfälle in peri- und parametritische an der Lebenden zu.

Galabin macht von folgendem hierher gehörigen interessanten Falle Mittheilung. Eine Pat. wurde ihm zugeschickt mit dem Bescheid, die Cyste sei punktirt, das Fluidum habe sich aber wieder gesammelt. Es bestand ein großer Tumor, der bis zum Magen hinaufreichte und Flüssigkeit und Gas enthielt. Bei einer Explorativoperation kam G., der zunächst Zweifel an der cystischen Natur des Tumors gehegt hatte, zu der Diagnose einer entzündeten unexstirpirbaren Ovarialcyste und nähte die vermeintliche Cystenwand an die Bauchwand an. Nicht lange nachher entleerten sich Speisen aus der Incision, Pat. starb und es entpuppte sich ein großer perimetritischer, resp. peritonitischer Hohlraum mit einer Kommunikation nach dem Magen.

5) Lawson Tait legt 23 Präparate von Uterusadnexen vor, die er seit Beginn des Jahres exstirpirt hat. In einem der Fälle hatte T. vor 3 Jahren nur die linke Tube entfernt, und musste später auch die rechte wegen Pyosalpinx herausnehmen, wobei (der einzige Todesfall unter den 23 Operationen) die Kranke zu Grunde ging. Eine andere, der er zunächst unter großen Schwierigkeiten eine Pyosalpinx entfernte, kam nach 5 Jahren mit einer Hydrosalpinx der anderen Seite. Er wird in Folge dessen stets beide Tuben zugleich entfernen. In einem anderen Falle hatte eine Londoner Autorität, nach vergeblichem Versuch, die Adhäsionen zu trennen, die Bauchhöhle wieder geschlossen. T. operirt, »in weniger als 10 Minuten war die Operation beendet«, die Kranke geheilt entlassen. Bei einer der Operirten »stieß sich einige Tage nach der Operation der Uterus ab«. (Unverständlich. Ref.)

Auf den Einwurf (Priestley), dass es denn doch zu weit ginge, die Entfernung auch der gesunden Tube in jedem Falle als Regel aufzustellen, erklärt L. Tait, er stelle den Pat. die Möglichkeit einer zweiten Operation vor und die meisten bäten (!) dann darum, lieber gleich beide Tuben herauszunehmen (!).

6) Alban Doran: Missbildung der Tube.

Gelegentlich einer linksseitigen Ovariotomie wurde das vorliegende Präparat (die rechtsseitigen Adnexe) einer kleinen Cyste im rechtsseitigen Ovarium mit entfernt. Die Fimbrien bildeten weißliche, wie kalkige Exkrescenzen, ganz verschieden von dem blassen Roth einer normalen Tube; die Färbung war veranlasst durch Ablagerung aus der Flüssigkeit im Peritoneum, ascitische gemischt mit ovarieller. Hinter dem Fimbrienende ist eine hernienartige Ausstülpung an der Tube, auf

diesem Schleimhauthöcker sitzt ein Büschel accessorischer Fimbrien, der sich bei genauerer Untersuchung als doppelt erweist, die eine Hälfte um ein accessorisches Ostium gruppirt. 3 weitere ähnliche Auswüchse sitzen auf der hinteren Fläche des Lig. lat.; mit Fimbrien besetzt.

7) John Philipps: Fall von Meningocele spinalis.

Die Mutter hatte im 4. Monat ihrer Schwangerschaft eine heftige Gemüthserregung erfahren. Frühgeburt im 7. Monat; Steißlage, normaler Verlauf, bis die Schultern auf dem Peritoneum stehen. Entwicklung des Kopfes erst möglich, nachdem der Tumor geborsten ist. Er hatte etwa die Größe einer Kokosnuss; Hinterhauptsbein normal, Bogen des Atlas fehlt.

8) Carter: Fibromyom des rechten Ovariums.

Das Präparat wurde einer 20jährigen unverheiratheten Person durch Bauchschnitt entfernt. Sie hatte den Tumor vor $^1/_2$ Jahre zuerst bemerkt, seit $^1/_4$ Jahre keine Menses; dieselben traten dann, unter Erleichterung des Allgemeinbefindens wieder ein. Der Tumor lag central, reichte bis 4 Zoll über den Nabel hinauf, wog $10^1/_2$ Pfund, und erforderte eine 9 Zoll lange Incision. Stiel breit, eine Netzaffektion.

9) M. Duncan: Über hämorrhagische Parametritis.

R. bezeichnet mit diesem Namen eitrige Parametrititen, in deren Verlauf, durch Arrodirung von Gefäßen, stärkere Blutungen eintreten. Er hat über 3 Fälle zu berichten. Im ersten Fall erfolgte die Blutung bei Gelegenheit der Eröffnung des Abscesses, war mehr diffusen Charakters und wurde leicht gestillt. Der zweite Fall — nicht unter eigener Beobachtung — brach nach der Blase durch und ging an der gleichzeitig auftretenden, aus der Blase sich entleerenden Blutung zu Grunde. Eben so der dritte, durch wiederholte Entleerungen von Blut und Eiter aus der Blase. Die Blutung stammte aus den an ihrer Verbindungsstelle arrodirten Ven. il. ext. und int. Es handelte sich hier weniger um einen eigentlichen Abscess, als um fortschreitende Gangrän des Beckenbindegewebes, wie R. einen ganz analogen Fall bereits früher beschrieben hat.

Galabin beschreibt hierauf einen analogen Fall, Tumor, unter klinischen und physikalischen Erscheinungen einer Hämatocele (post coïtum inter menstruat.) entstanden, vereitert, bricht nach Rectum und Blase durch, Erysipelas der äußeren Genitalien, tödliche Blutung in die Abscesshöhle, die durch Gangrän weit ins Beckenbindegewebe übergegriffen hatte.

Tait empfiehlt unter solch kritischen Umständen die Stillung der Blutung auf dem Wege der Laparotomie zu versuchen.

Im Übrigen wird in der Diskussion mit Recht die von M. Duncan gewählte Bezeichnung »hämorrhagische Parametritis« angegriffen; dieselbe ist unrichtig und kann allerdings nur zu Unklarheiten führen.

10) Arthur H. N. Lewers (London): Über die Häufigkeit der Erkrankung der Tuben.

Die Ansichten über den Punkt sind noch sehr verschieden. R. untersuchte 100 weibliche Leichen, wie sie der Reihe nach ankamen, darauf im Allgemeinen London-Hospital. Eingeschlossen sind nur Pyosalpinx, Hämatosalpinx und Hydrosalpinx. In 17 Leichen wurde eine dieser Affektionen konstatirt; die Befunde sind je nach den Punkten, die dabei interessiren, tabellarisch geordnet. Die Erkrankung war 13mal doppelseitig. Kommunikation nach dem Uterus hin in etwa der Hälfte der Fälle frei; in 3 Fällen Schleimhautpolypen (2mal mehrere), in 3 Fällen subperitoneale Fibroide im Uterus vorhanden; in sämmtlichen Fällen bestand Pelviperitonitis. In 5 der 30 dilatirten Tuben war der Inhalt eitrig; in 5 blutig, in den übrigen theils wässrige, theils missfarbene Flüssigkeit. 6 der Frauen waren über 50 Jahre, 6 über 40 Jahre alt. Die jüngste 18, die älteste 62. Direkter Anschluss an Wochenbetten ließ sich nur in 6 Fällen konstatiren. In 6 waren deutliche Entzündungen der Schleimhaut von Gebärmutter und Scheide vorhanden. In 2 Fällen führte die Krankheit direkt zum Tode.

Galabin hält 17% für eine auffallend große Zahl; unter den 302 weiblichen Leichen, die von 1883—1886 unter besonderer Beachtung der Beckeneingeweide

im Guy's Hospital untersucht wurden, wurden chronisch entzündliche Vorgänge um die Tuben in 9%, Dilatation derselben nur in 4%. In 2,3% war die Perimetritis die indirekte Todesursache, und zwar in eben so vielen Fällen ohne, als mit Dilatation der Tuben.

L. Tait bedauert, dass in die Untersuchung nur die Fälle von Ansammlung von Flüssigkeiten in den Tuben aufgenommen seien. Klinisch mindestens eben so wichtig, und in ihren Symptomen weit mehr zu heftigsten Klagen von Seiten der betreffenden Frauen Veranlassung gebend, seien jene Fälle, wo die Tuben, meist hinten im Douglas'schen Raum, durch Adhäsionen verklebt, abgeknickt und verschlossen seien. Die Unterschiede in Lewer's und Galabin's Procenten führt er auf die Gegend der Stadt zurück, in welchem die beiden Hospitäler liegen. Die niedere Bevölkerung, von der Lewer's Leichen stammten, litten im Allgemeinen bedeutend häufiger an Krankheiten, wie Gonorrhoe und Beckenentzündungen, die Tubenerkrankungen zum Gefolge hatten. Die Ausführungen Lewer's sowohl, wie Galabin's, berechtigten zu immer dringenderer Empfehlung operativen Eingreifens gegen diese Affektionen.

M. Duncan warnt, auf Grund solcher, rein anatomischer Untersuchungen, Schlüsse zu machen betreffs der Behandlung dieser Erkrankungen. Das hohe Alter vieler der fraglichen, in der Tabelle enthaltenen Frauen scheine ihm dafür zu sprechen, dass sie ihre kranken Tuben schon recht lange ohne Nachtheil getragen hätten.

Lewer's setzt im Schlusswort unter Anderem noch aus einander, dass er Hydrosalpinx für den Vorläufer der Pyosalpinx halte, d. h. beide für verschiedene Stadien desselben Processes. Wie solle man sich, Infektion der Tubenschleimhaut vom Uterus her angenommen, sonst erklären, dass auf der einen Seite wässriges Fluidum, auf der anderen Seite Eiter den Tubeninhalt bilde. Auch die verschiedenen Übergangsformen sprächen dafür. **Zeiss** (Erfurt).

5) **A. Alsberg** (Hamburg). Exstirpation eines großen retroperitonealen Lipoms und Resektion eines 18 cm langen Stückes des Dickdarmes, Darmnaht, Heilung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1887. No. 46.)

Bei einer 53jährigen Frau, welche 10mal geboren hatte, war seit Eintritt der Menopause vor 3 Jahren eine allmählich wachsende Anschwellung des Leibes bemerkbar geworden. Sie hatte schließlich einen derartigen Grad erreicht, dass Pat. meist liegen musste und häufig Anfälle von Athemnoth bekam. Ihr Allgemeinbefinden war dabei ein sehr schlechtes geworden. Die Untersuchung ergab, dass das ganze Abdomen von einer soliden, aus weicheren und härteren Partien bestehenden Geschwulst eingenommen wurde. Bei der Laparotomie fand sich, dass es sich um ein kolossales Lipom handelte, welches, von dem retroperitonealen Raum ungefähr zwischen beiden Nieren ausgehend, sich in das Mesocolon transversum hinein entwickelt und dabei das Colon transversum nicht vor sich hergedrängt, sondern derart umwachsen hatte, dass es im Wesentlichen an der Basis des Tumors lag. Durch die Exstirpation des letzteren musste daher das Colon transversum freigelegt werden und zwar seine Muscularis, da seine Serosa durch den Tumor von ihm abgedrängt war. Da es bei der Loslösung einriss, hauptsächlich aber weil es zum Theil seines Peritonealüberzuges verlustig gegangen war, wurde es in einer Länge von 18 cm resecirt und die Darmenden nach Czerny mit Seide vereinigt. Ein steinharter, verkalkter, faustgroßer Rest des Tumors in der rechten Nierengegend wurde dort belassen. Die exstirpirte Hauptmasse wog 34 Pfund. Dauer der Operation 3½ Stunde. Abgesehen von heftigem Erbrechen während der ersten Tage post operat. und längere Zeit anhaltende Ischurie erfolgte die Heilung ohne besondere Zwischenfälle. Am 6. Tag erfolgte spontaner Stuhlgang.

A. schließt seine Arbeit mit einigen Notizen über die bisher beobachteten Fälle von retroperitonealem Lipom. Madelung und Péan operirten je einen Fall mit glücklichem Ausgang, alle übrigen, bei denen der Tumor exstirpirt wurde, endeten letal (7). Aber auch ohne Operation ist die Prognose dieser Lipome eine infauste,

so dass jene doch stets zu wagen ist. Ihre Schwierigkeiten und Gefahren sind im Wesentlichen durch die Nothwendigkeit der Loslösung eines größeren oder kleineren Theiles des Darmes vom Mesenterium bedingt. Diese erfordert eben so wie die Beeinträchtigung der Ernährung eines Darmstückes durch Unterbindung der zuführenden Gefäße die Resektion desselben. Eine weitere Komplikation der Operation wird durch Umwachsung einer Niere durch den Tumor (3 Fälle) hervorgerufen. **Graefe** (Halle a/S.).

6) **Geyl** (Dordrecht). Aus der Praxis.

(Archiv für Gynäkologie 1887. Bd. XXXI. Hft. 3.)

I. Ein Kaiserschnitt mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind.

Verf. wurde von einem Kollegen bei einer schweren Geburt zugezogen und fand bei seiner Ankunft im Hause der Kreißenden um 1 Uhr Nachmittags eine 30jährige, rachitische Primipara, welche erst im 5. Jahr laufen gelernt hatte. Sie war eine ängstliche, sehr erregte kleine Frau, die stark schwitzte und über großen Durst klagte, so wie über heftige Schmerzen im Leib und Kreuz. Die Temperatur betrug 38° C., der Puls 140. Das Fruchtwasser war vor 3 Tagen abgeflossen, starke, schmerzhafte Wehen bestanden seit 2 Tagen. Die Geburt war nach ärztlicher Aussage seit 24 Stunden nicht vorgerückt. Der tetanisch fest kontrahirte Uterus lag etwas nach links, rechts von ihm imponirte die gefüllte Harnblase als kleinerer Tumor. Eine Entleerung derselben gelang mittels der vorhandenen Instrumente nicht. Der Kontraktionsring war 2 Finger breit über dem Nabel zu fühlen. Der kindliche Kopf stand mit einem kleinen Segment links im Beckeneingang festgekeilt und trug eine starke Geschwulst. Der Muttermund war wenig erweitert, hatte einen Durchmesser von 4—5 cm. Die Conj. ext. der Frau betrug 17,5 cm, die Distanz der Sp. a. s. oss. il. 23, die der Crist. 25, die Entfernung vom Proc. spinos. des 5. Lendenwirbels bis zur Spin. ant. sup. dext. 17, die von demselben Punkt zur Spin. ant. sup. ani 15 cm., auf dem Ileo-sacralgelenk war keine Narbe. Vorstehende Beckenmaße wurden erst 14 Tage post operat. genommen; bei der Ankunft des Verf. wurde bloß festgestellt, dass die Conj. diag. 9 cm betrug. Aus der Vagina stinkender Ausfluss. Abends $8^1/_2$ Uhr war im Befinden der Kreißenden keine Veränderung eingetreten. Nach Entleerung der Blase und Desinfektion der Scheide und des Abdomens Sectio caesarea in Chloroformnarkose nach Injektion von Morphium. Bauchschnitt, Schnitt in der Mittellinie des Uterus in 10—12 cm Länge, wobei die Placenta getroffen wird, ohne dass starke Blutung entsteht, Entwicklung des leicht asphyktischen Kindes, die Nachgeburt »folgt zu gleicher Zeit« (über das Schicksal der Eihäute und Decidua ist nichts Ausdrückliches angegeben, Ref.). Nun erst wird der Uterus nach vorn gewälzt und eine elastische Schnur herumgeführt. Da kein Grund vorhanden, wird dieselbe nicht zugeschnürt. Desinfektion des Endometriums mit 0,03%iger Sublimatlösung und Ausspülung der Vagina durch den Cervix.

Das stark verdünnte untere Uterinsegment ist tief eingerissen, auch die peritoneale Vesico-uterin-Falte verletzt. Naht der Muskulatur mit 16 Sublimat-Katgut-Knopfnähten. Die umgefalteten Peritonealhälften werden darüber mit einer Kürschnernaht vereinigt. Bauchwandnaht, Verband. Dauer der Operation 45 Minuten. Idealer Heilungsverlauf. Das Kind männlichen Geschlechts wiegt 4 kg, hat eine Länge von 53 cm und einen Kopfumfang von 37 cm.

(Wenn auch die unter den beschriebenen ungünstigen Umständen ausgeführte Operation in diesem Falle glückte, so kann Ref. doch nicht dem Verf. beistimmen, wenn er zur Motivirung seiner Operation sagt: Anbohrung des Kindskopfes mit nachfolgender Extraktion mittels des Kranioklastes war desshalb widerrathen, weil man sicherlich das Leben des Kindes opferte und eine Operation vollenden musste, welche muthmaßlich der Mutter nicht mehr Aussicht bot, mit dem Leben davonzukommen, als ein nach den letzten Angaben verbesserter Kaiserschnitt.)

II. Ein neuer Fall von Pseudomyxoma peritonei.

Verf. diagnosticirte bei einer 76jährigen Greisin, welche bis vor einem Jahre gesund gewesen war, mit Wahrscheinlichkeit einen Ovarialtumor und machte wegen großer Beschwerden der Pat. die Laparotomie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle stürzte eine frei in derselben befindliche, bernsteingelbe, dickflüssige Masse hervor. Außerdem war ein Tumor zu bemerken, welcher den linken Uterusanhängen mit einem langen Stiele aufsaß und bei der geringsten Berührung anriss, wobei sich eine ebenfalls zähe, aber etwas dünnere, bernsteingelbe Flüssigkeit ergoss. Nachdem im Ganzen etwa 6—8 Liter entleert waren, wurde der Tumor herausgewälzt und der Stiel abgebunden. Die in der Bauchhöhle befindlichen zähen Massen konnten nicht völlig entfernt werden. An allen Organen blieb ein dünner, schmutzig grauer Belag festhaften. Kleinere Cysten wurden nirgends entdeckt. Der Heilungsverlauf verlief ungestört, Pat. starb aber 3 Monate nach der Operation an Marasmus. Die Sektion wurde nicht gemacht.

Die Untersuchung des Tumors ergab ein multilokuläres, glanduläres Kystom mit sehr dünnen Wandungen, welche links oben in großer Ausdehnung schon vor der Operation geborsten waren. Der Inhalt der größeren Höhlen war dünner und gelber, als der der kleineren. Bei einigen sehr kleinen, central gelegenen war der Inhalt eingedickt, sehr zähe und fast weiß. Die Flüssigkeit wurde chemisch nicht untersucht.

III. Notiz über die Paralyse der Gebärmutter während der Curettage.

Doléris führt in seiner Studie über die Therapie der Endometritis an, dass man manchmal während der Uterusauskratzung plötzlich mit der im Uterus befindlichen Curette die ausgiebigsten Bewegungen ausführen könne, ohne auf irgend einen Widerstand zu stoßen, so dass es den Anschein gewänne, als habe man eine Perforation des Uterus gemacht; man habe es aber mit einer totalen Paralyse der Gebärmutter zu thun; die letztere sei ein dünnwandiger, schlaffer Sack geworden, der den Bewegungen der Curette ausweiche.

Verf., der stets der Uterusausschabung die Dilatation des Cervix voranschickt, hat mehrmals eine Paralyse des Uterus während der Curettage beobachtet, ist aber meistens mit der Curette an der Hinterwand des Uterus auf Widerstand gestoßen. Der in die Uterushöhle eingeführte Finger konnte stets den Uterus als aufgeblasenen, nicht als schlaffen Sack fühlen. Eine dieser Beobachtung zu vergleichende hat Verf. bei der Entfernung zweier an der hinteren Wand der Blase einer Frau sitzender Polypen gemacht. Als die Blase nach der Operation ausgespült wurde, wollte die injicirte Borsäurelösung zuerst nicht wieder abfließen und quoll erst nach außen, als die Kranke, welche vorher in der Narkose nur oberflächlich geathmet hatte, sich zu bewegen anfing und tief Athem holte. Eine Perforation der Blase konnte nicht stattgefunden haben. In allen Fällen waren die Pat. so gelagert worden, dass der intraabdominelle Druck stark erniedrigt war. Verf. glaubt, dass der Druck des Gebärmuttermuskels resp. des Blasenmuskels und der der Bauchpresse durch die eingedrungene Luft oder Flüssigkeit überwunden wurde.

VI. Zur Geschichte der Menstruationslehre.

Verf. weist auf eine im Jahre 1728 im Verlage von Hermanus Kentlink in Rotterdam zuerst erschienene, populär anatomisch-physiologische Abhandlung hin: »Nieuwe Beschryvinge der kleine waerelt of verhandelinge over de menschelyke natuur, met curieuse plaaten verciert, behoorende tot het tafereel der Huwelyksliefde«, d. h. »Neue Beschreibung der kleinen Welt oder Abhandlung von der menschlichen Natur, mit kuriosen Bildern geschmückt, dem Gemälde der ehelichen Liebe zugehörend«.

Der Autor dieser Schrift ist Emanuel Sinttema, der Übersetzer Venette's Buch »Gemälde der ehelichen Liebe«. Sinttema ist seiner Zeit weit vorausgeeilt, indem er die Lehre von der spontanen Ovulation verkündet. Er lehrt, dass die Eier Verheiratheter und die der Jungfrauen monatlich spontan den Eierstock verlassen und durch die Tube ihren Weg zum Uterus nehmen. Die Berührung mit den haarfeinen Endigungen der Blutgefäße und der Öffnungen der Entleerungsröhrchen der Gebärmutterdrüschen« veranlasse diese Gebilde, ihre Flüssigkeit nach

außen zu werfen. Die Menstruation sei eine Reinigung, welche nothwendig sei, den Boden des Uterus tragfähig zu machen.

V. Über scheinbare Wirkung des Cocain.

Verf. berichtet über 3 von ihm nach Cocainanwendung ausgeführte Operationen, in denen einer einmaligen Cocainbepinselung oder Injektion eine Anästhesie von 1 bis beinahe 2 Stunden folgte. Es handelte sich bei den Operationen um Rectumprolaps, Prolaps des Uterus mit Elongatio colli und um eine hohe Ruptur des Rectums. Sämmtliche Operationen wurden an nervösen Frauen ausgeführt. Da nun nach den bisherigen Erfahrungen die Dauer der Anästhesie nach Cocainanwendung eine bei Weitem kürzere ist als die in diesen Fällen beobachtete, und verschiedene andere Faktoren nicht einfach mit Cocainanästhesie zu erklären waren, so vermuthet Verf. und macht es wahrscheinlich, dass es sich um Zustände von Hypnose handelte, in denen sich die Kranken während der Operation befanden.

Vowinckel (Berlin).

7) **N. Charles** (Lüttich). Schwere Extraktion eines Pessars.

(Journ. d'accouch. 1887. No. 22.)

C. entfernte bei einer 65jährigen Frau ein großes hölzernes Ringpessar, welches seit 12 Jahren gelegen hatte, ohne je gereinigt zu werden, ohne dass auch nur vaginale Ausspülungen gemacht worden wären. Trotzdem war es nicht inkrustirt, ließ sich auch drehen. Seine Extraktion wurde durch die hochgradige Enge des Introitus vaginae erschwert. Um einen drohenden Dammriss zu vermeiden, musste das Pessar mittels einer Knochenzange innerhalb der Vagina zerbrochen werden. Erst dann gelang seine Entfernung. **Graefe** (Halle a/S.).

8) **Hamon de Fresnay.** Krimineller Abort am Ende des 6. Monates von einer Hebamme eingeleitet.

(L'abeille méd. 1887. No. 44.)

Ein im 6. Monat schwangeres Dienstmädchen konsultirte de F. wegen Metrorrhagien und Unterleibsschmerzen. Er vermuthete, dass es sich um Placenta praevia handele. 11 Tage später wurde er zu der Pat. gerufen. Es hatten sich Wehen eingestellt. De F. erweiterte den sehr engen Cervicalkanal digital, fühlte einen kleinen Theil, welcher sich beim Herabholen als Fuß herausstellte. Der Fötus wurde dann vorsichtig extrahirt. De F. fand nicht, wie er erwartet, eine Placenta praevia. Pat. gestand denn auch nach anfänglichem Leugnen, dass eine Hebamme 3 Wochen zuvor bei ihr den Versuch gemacht, die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Das Wochenbett verlief normal.

Im Anschluss an diesen Fall macht de F. auf die Schwierigkeiten aufmerksam, welche die Extraktion des nachfolgenden Kopfes bei derartigen Frühgeburten machen kann. Er warnt vor forcirten Extraktionsversuchen, zumal, wenn der Cervix sich um den Hals des Fötus kontrahirt hat, da es selbst zu einem Abreißen des Kopfes kommen kann. Manuelle Dilatation des Kanales soll derartigen sehr unangenehmen Vorkommnissen vorbeugen. **Graefe** (Halle a/S.).

9) **Sangregorio** (Mailand). Variola in der Schwangerschaft.

(Morgagni 1887. December.)

Während der letzten Epidemie beobachtete Verf. 3mal Variola haemorrhagica (alle 3 Kranken starben); 22mal konfluirende Pocken (20 Todesfälle); weniger starke Variola mit nicht konfluirenden Pusteln 40mal (37 Heilungen, 3 Todesfälle); 7mal Variolois (kein Todesfall); 31mal trat Unterbrechung der Schwangerschaft ein (72 Erkrankungen). **Liebman** (Triest).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 34. Sonnabend, den 25. August. 1888.

Die intra-uterine Chlorzinkätzung.

Von
Sanitätsrath Dr. **Rheinstädter** in Köln.

In der Diskussion, welche in der Berliner gynäkologischen Gesellschaft dem Vortrage des Herrn Dr. Bröse über die von mir empfohlene Behandlung des chronischen Gebärmutterkatarrhs mit methodischen intra-uterinen Chlorzinkätzungen folgte (siehe Centralblatt 1888 No. 28 und 30), äußerten mehrere hervorragende Mitglieder das Bedenken, dass mein Verfahren leicht Stenosen der Cervix und Haematometra erzeugen könne.

Diese Herren werden gewiss ihre aprioristischen Bedenken aufgeben, wenn sie meinem Buche »Praktische Grundzüge der Gynäkologie«, welches allerdings nur für praktische Ärzte und gynäkologische Anfänger geschrieben ist, die Aufmerksamkeit erweisen wollten, den die intra-uterinen Ätzungen betreffenden Passus p. 47—54 zu lesen.

Dem dort Gesagten erlaube ich mir heute noch hinzuzufügen, dass ich seit dem Jahre 1878, also volle 10 Jahre hindurch, das Chlorzink HOã, veranlasst durch die Beobachtung seiner austrocknenden Wirkung und seiner raschen Heilung der Erosionen, intracervikal und darauf intra-uterin angewandt und niemals eine Stenose des Cervikalkanals, geschweige denn eine Haematometra danach entstehen gesehen habe.

Früher trennte ich ad verba magistri auch in der Behandlung den Cervikal-

von dem Corpuskatarrh, habe aber erst, seitdem ich jeden Uteruskatarrh intra-uterin behandle, völlig zufriedenstellende Resultate erzielt (s. l. c. p. 33—35). Ich habe mir nun, durch die oben erwähnte Diskussion veranlasst, die Ätzfälle eines dieser zehn Jahre aus den Journalen der specialärztlichen Poliklinik, meiner Sprechstunden und meiner Privatklinik zusammengestellt und die Zahl 97 gefunden. Im Einzelfalle wurden durchschnittlich 12 Ätzungen vorgenommen, macht 1164 Ätzungen bei 97 Personen und, auf 10 Jahre berechnet, praeter propter 11640 Ätzungen bei 970 Personen. Alle Pat. wurden ohne jede Stenose von ihrem Gebärmutterkatarrh für die Dauer geheilt; ich will aber nicht verschweigen, dass ich in ganz vereinzelten Fällen, wo die Cervix ganz von Ovula Nabothi besetzt war, am Schlusse der Behandlung noch die Auskratzung der Cervix in der Sprechstunde vorgenommen habe.

Nach neuen Tripperinfektionen, Wochenbetten, Aborten kann sich ja möglicherweise auch der Gebärmutterkatarrh wieder einstellen. Ich selbst habe aber niemals eine Person einer zweiten Ätzkur zu unterziehen nöthig gehabt, obschon ich sehr Viele nach Jahren noch wiederholt zu untersuchen Gelegenheit hatte.

Scheidenkatarrhe recidiviren dagegen viel leichter, sind dafür aber auch viel leichter durch intravaginale, von den Pat. selbst auszuführende Behandlung zu beseitigen.

Seit drei Jahren habe ich, während ich früher nur einmal in jeder Woche die intra-uterine Chlorzinkätzung auszuführen wagte, wöchentlich 2mal geätzt und dadurch die Dauer der ganzen Behandlung auf 6 resp. mit Einschluss der Periodenwoche, in welcher nichts geschieht, auf 7 Wochen reducirt.

Bei Beobachtung der in meinem Buche angegebenen Kautelen habe ich auch seit mehreren Jahren niemals mehr eine Parametritis erlebt, was bei der früheren Behandlung mit Auslöffelung, Dilatation und Ausspülung, aber auch bei der intra-uterinen Ätzung mit anderen Mitteln (Chromsäure, Liq. ferri) mir doch zuweilen passirt war.

Zur Behandlung der chronischen Metritis, gegen welche lange Zeit die »Amputatio colli« das souveräne Mittel war, bedarf man außer der intra-uterinen Chlorzinkätzung, welche zwar selbst ein vorzügliches Kontraktionsmittel für den Uterus ist (es entstehen manchmal danach stundenlang anhaltende Wehen), noch anderer, den Uterus durch methodische Kontraktion verkleinernder Mittel, der täglichen Ergotinklystiere und Heißwasserduschen; auch wirkt bekanntlich der Glycerintampon durch seine wasseranziehende Wirkung verkleinernd auf die Gebärmutter. Mit Hilfe dieser Mittel gelingt es im Verlaufe von 2—3 Monaten auch den größten und härtesten Uterus zu normalem Volumen und zu normaler Sekretion zu bringen.

Geradezu wunderbar ist die Wirkung der Chlorzinkätzung (Zinc. chlor. HOāā) auf die Erosionen. Selbst papilläre und Ectropiumerosionen vernarben sehr rasch; bei den letzteren empfehle ich, um das Chlorzink noch mehr in die Tiefe wirken zu lassen, die Stichelätzung, d. h. es werden mit dem Spiegelberg-schen Punktionsmesser jedes Mal 10—20 Einstiche gemacht, bevor man den mit der Chlorzinklösung getränkten Wattestab aufdrückt. Die Emmet'sche Operation kann durch dieses Verfahren in sehr vielen Fällen von Lacerationsectropium ohne Nachtheil für die Pat. umgangen werden.

Den Glycerintampon lasse ich jetzt während der Ätzbehandlung immer tragen, theils als Verbandmittel, um das Sekret des Uterus und der Erosion aufzufangen und die Scheuerung der Erosion an den Vaginalwänden beim Gehen zu verhindern, theils zur Verkleinerung des etwa vergrößerten Uterusvolumens. Der Glycerintampon muss vor dem Einlegen gut ausgedrückt werden, damit der durch denselben veranlasste wässerige Ausfluss nicht allzu profus wird und die Pat. belästigt. Wenn letzterer bei Pat. mit vulnerabler Haut Furunkel an den Labien und Hinterbacken erzeugt, muss man diese Theile mit Vaseline bestreichen und beim Tamponwechsel 2mal täglich eine Ausspülung der Scheide machen lassen.

Eine Zeit lang habe ich den Pat., welche an Uteruskatarrh und Menorrhagien litten, freigestellt, ob sie auf dem kürzeren Wege durch Auslöffelung oder auf dem

längeren Wege durch intra-uterine Chlorzinkätzungen behandelt werden wollten; ich muss aber gestehen, dass die Auslöffelung nicht immer den Katarrh für die Dauer beseitigt, und kann mir den sichereren Erfolg der Chlorzinkätzungen nur dadurch erklären, dass dieselben auch auf die tieferen, unter der Schleimhaut liegenden Gewebsschichten des Uterus ihre Wirkung ausüben. Trotzdem verursachen sie eben so wenig wie die Auslöffelungen, Sterilität; ich glaube sogar 4 sterilen, an Uteruskatarrh leidenden Frauen durch die Anwendung der intrauterinen Chlorzinkätzung zu Kindersegen verholfen zu haben, wenigstens erfolgte die Konception einmal sofort, zweimal nach 4 und einmal nach 7 Monaten.

Der Wunsch, eine durch zehnjährige Anwendung als sicher wirkend und ganz ungefährlich erprobte, dazu auch durchaus nicht umständliche Behandlung des chronischen Gebärmutterkatarrhs und der chronischen Metritis, jener häufigsten aller gynäkologischen Leiden, zur allgemeinen Prüfung und Annahme zu bringen, ist gerade durch die gegen dieselbe geäußerten Bedenken so in mir verstärkt worden, dass ich mich zu vorstehender Mittheilung gedrungen fühlte.

---

1) **F. Sielski** (Lemberg). Antipyrin als schmerzstillendes Mittel bei Entbindungen.

(Wiadomości lekarskie 1888. April. Hft. 10.)

Verf. verabreichte in 4 Geburtsfällen, wo die Wehen äußerst schmerzhaft waren, Antipyrin zu 1 g innerlich und wiederholte nöthigenfalls die Gabe. Der Erfolg war immer überraschend, in so fern die Schmerzen gewöhnlich nach einigen Minuten nachließen, während die Uteruskontraktionen an Stärke nichts einbüßten. Nur beim Durchschneiden des Kopfes fühlten die Kreißenden noch Schmerzen, die jedoch verhältnismäßig gelinde zu nennen waren.

Anmerkung des Ref.: In der Allg. Wiener med. Zeitung No. 22 vom 29. Mai 1888 ist die Notiz vorhanden, dass Dr. Quereil in Marseille subkutane Antipyrininjektionen (die Dosis betrug 0,25) als schmerzstillendes Mittel bei Entbindungen mit gutem Erfolge angewendet hatte. Quereil erwähnt ebenfalls, dass die Geburt durch das Mittel nicht ungünstig beeinflusst wird; derselbe hat jedoch Misserfolge zu verzeichnen.

Die Experimente dürften auf A. Hirsch's Erfahrungen zurückzuführen sein, welcher Antipyrin bei Neuralgien und rheumatischen Schmerzen mit gutem Erfolge subkutan aplicirt hatte.

F. Rosner (Lemberg-Franzensbad).

---

2) **Charcot.** Hysterie und Syphilis. Über den Einfluss einer vorhergehenden Krankheit oder Intoxikation auf den Modus der Lokalisation und auf die Form der hysterischen Anfälle. (Résumé von Gilles de la Tourette.)

(Progrès méd. 1887. No. 51.)

Je mehr sich die Kenntnis der Hysterie vertieft, je mehr gerechtfertigt findet man J. Paget's Bezeichnung »Neuromimétique«. Bei dem proteusartigen Bilde sind Irrthümer besonders da, wo eine vorhergehende oder interkurrente Krankheit ihren Einfluss ausgeübt hat, leicht möglich. Die bis dahin latente Hysterie wartet oft

nur eine Gelegenheit ab, um sich zu manifestiren und besonders oft bei infektiösen Krankheiten, wie Pneumonie, Typhus; bei Intoxikationen, wie die durch Alkohol, Blei oder Hg; bei Traumen (B. Brodie, Charcot) und endlich bei Syphilis.

Eine Hysteria saturnina giebt es nun nicht. Denn die Hysterie des Bleivergifteten ist dieselbe, wie die des Alkoholikers oder eines nicht »intoxicirten« Neuropathischen. Als Causa provocatoria — und nichts mehr — wirkt das Blei. Verändert sich bei der Intoxikation zuweilen Form und Sitz der Syptome, so ändert sie trotzdem nicht die Natur, ähnlich dem Trauma. Zehn Individuen werden gleichzeitig von einem Schlag auf die Schulter getroffen sein und Einer wird nur eine Monoplegia hysterica haben, weil er allein »hysterisch en puissence« ist.

C. stellt einen 28jährigen Mann vor, der seit 10 Jahren eine schlecht behandelte Syphilis hat. Am 1. Januar 1884 plötzliches Niederstürzen mit Bewusstseinsverlust. Zu sich gekommen, bemerkt er rechte Hemiplegie und Hemianästhesie mit Kontraktur an Arm, Bein und Zunge, deren eingebogene Spitze mit Gewalt gegen die rechten Molarzähne gerichtet war. Einige Tage nachher nächtliche Kopfschmerzen und etwas später epileptiforme Konvulsionen. Trotz kombinirter Behandlung heilte die Paralyse, die sich wohl besserte, niemals völlig, und die Cephalaea nocturna besteht noch heute.

C. hält dies nicht für syphilitische Symptome, da ihr Ensemble völlig charakteristisch nach anderer Seite ist. Die Hemiplegie, mit so deutlicher Verringerung des Muskelsinnes, war von kompleter Hemianästhesie begleitet, eine Seltenheit bei Organerkrankungen so sehr, dass die jüngste Publikation von Ferrier (London) mit Sektionsbefunden als ein wahres Glück angesehen werden muss. Die Erscheinungen an der Zunge waren spasmodischer und nicht paralytischer Natur und grenzen an den Spasmus glosso-labialis der Hysteriker. Die konvulsiven Krisen, die bisweilen dazukommen — von zweimaliger Wiederholung weiß C. zu berichten — bieten für ein erfahrenes Auge die Charakteristica der Attacken der männlichen Hysterie.

Hemianästhesie ist allerdings in der zweiten Periode der Syphilis nicht selten. Fournier hat aber seine zahlreichen Beispiele von »syphilitischer Anästhesie« nur bei Frauen gefunden; ferner begünstigt die Syphilis durch die Präoccupation und den Kummer, den sie mit sich bringt, besonders in ihrer Sekundärperiode die Neurose bei Prädisponirten. Desshalb und aus anderen Gründen muss man mit Pitres (Anesthésies hyst. Bordeaux 1887) diese scheinbar von der Syphilis hervorgebrachte Anästhesie auf Rechnung der Hysterie setzen. Diese sogenannten apoplektischen Insulte sind nur eine Variante der »attaques de sommeil« (Bourneville und Regnard, Iconographie 1879. Tome III). Auch die Cephalaea ist keine syphilitische. Schon wegen der so großen Hyperästhesie der Kopfschwarte, dass der Kranke nicht das leiseste Heranstreifen ertragen konnte — signifikant hyste-

risch. Zweitens weil eine von geschickter syphil. Specialistenhand geleitete antiluetische Therapie nicht Herr dieser Cephalaea werden konnte.

Vielleicht hatte früher eine Cephalaea syph. existirt, die durch die Behandlung prompt geheilt wurde, und die hysterische Cephalaea war der specifischen gefolgt, die längst verschwunden war. Hierbei citirte C. einen sehr interessanten und genau beobachteten Fall von Potain (Bull. méd. 1887. Sept. 4.). Ein Bleivergifteter mit einer Paralyse der Extensoren des rechten Armes hatte auch eine Hemianästhesie; keine Entartungsreaktion der gelähmten Muskeln. Es war also eine hysterische Paralyse der Extensoren bei einem Bleivergifteten und nicht eine legitime Blei-Intoxikations-Paralyse. Die Hysterie hatte in ihrer Entwicklung bei einem Bleivergifteten einigen Anstrich an den Saturnismus; eben so in C.'s Fall lieh die Hysterie das Kennzeichen (la marque) der Syphilis und nicht mehr. Wo die Hysterie sich findet, ändert sie nicht ihr Wesen. Potain sagt sehr richtig von einer Hystero-Epilepsie bei einer Syphilitischen: »Die fragliche Kranke war von sich selbst hysterisch . . . die Syphilis hat nur das Kommandowort für die nervösen Störungen, für die Hystero-Epilepsie gegeben.« So ist die Schulvorschrift: »Man soll nicht ohne Noth die Species vermehren.«

Pauly (München).

---

3) **Berry Hart** (Edinburg). Bemerkung über den Mechanismus der Lösung der Placenta während der dritten Geburtsperiode.

(Edinb. med. journ. 1887. Juli.)

Verf. erklärt sich, in Übereinstimmung mit Barbour, entschieden zu der Ansicht, dass Verkleinerung der Placentarstelle nicht im Stande sei, die Lösung zu bewirken. Wie sich der Uterus retrahirt, so folgt ihm darin unter entsprechender Verdickung die Placenta, indem sie ihre Fläche pari passu mit der Ansatzfläche verkleinert. Auch der retroplacentale Bluterguss, da er bei Weitem nicht eine konstante Erscheinung sei, kann nicht das wesentlich wirkende Moment sein. Auch das Hindrängen der Placenta nach der Stelle des geringsten Widerstandes vermöge sie nicht zu lösen, dagegen sprächen Fälle, in welchen wir den unteren Theil gelöst, den oberen noch haftend fänden; bei Aborten oft das ganze membranöse Ei gelöst, mit Ausnahme der dem Fundus entsprechenden Stelle.

Verf. glaubt vielmehr: 1) In der dritten Geburtsperiode erfolgt zuerst die Lösung, dann die Austreibung der Nachgeburt.

2) Die Placenta löst sich nicht durch Verkleinerung ihrer Ansatzstelle, sondern durch die Vergrößerung dieser Fläche nach der Retraktion.

3) An dieser, der Retraktion folgenden Flächenvergrößerung kann die Placenta nicht Theil nehmen, sondern bleibt kleiner als jene Fläche. Cirkulationsverhältnisse geben hierfür die Erklärung:

während die Gefäße der Placenta durch Aspiration nach dem Kinde zu sich entleeren, füllen sich die uterinen sofort wieder.

4) Die Placenta löst sich also in der 3. Geburtsperiode normalerweise, so wie bei Placenta praevia (vom Verf. in einer anderen Arbeit beschrieben).

5) Die, meist bei fundalem Sitz der Placenta erfolgende retroplacentäre Blutung, erkläre sich hierdurch leicht, nämlich als Folge, nicht als Ursache der Lösung. Der hohle Fundus gebe dem Blute Raum bei der Ausdehnung nach der Retraktion, das Aneinanderliegen der Wände bei seitlichem Sitze nicht.

Wenn man einwerfen wolle, dass sich unter solchen Verhältnissen die Placenta schon im 2. Geburtsstadium lösen müsse, so entgegne er, hier seien die Maße der Verkleinerung und Wiederausdehnung der betreffenden Fläche viel kleiner, und die Cirkulationsverhältnisse im mütterlichen und fötalen Theile der Placenta noch nicht so verschieden, wie nach Ausstoßung des Kindes.

Vorstehende Auseinandersetzung will übrigens Verf. keineswegs als unanfechtbar bezeichnen; er glaubt sich nur berechtigt, in Folge gewisser anatomischer Thatsachen und der Analogie bei der Placenta praevia die Theorie aufzustellen und weiterer Prüfung zu empfehlen.

Zeiss (Erfurt).

---

4) J. K. Kelly (Glasgow). Rückblick auf eine 13jährige geburtshilfliche Praxis.

(Glasgow med. journ. 1887. Mai.)

Der Zeitraum umfasst 2823 Geburten; Zahl der Kinder 2868. Es starben im Ganzen 17 der Frauen, an rein puerperalen Erkrankungen nur 10, d. h. 1 auf 282,3; in den letzten 6 Jahren sogar nur 1:411. In den letzten 6 Jahren hatte er 284 erste, 949 Mehrgeburten, von ersteren starb keine, von letzteren 3, d. h. 1:316,3. Seine Beobachtungen über die Gefährlichkeit der späteren Geburten stimmten nicht mit M. Duncan's Behauptung, dass mit der 9. Geburt die Gefahr bedeutend wachse; von 48 solchen Fällen, 9.—19. Geburt, aus den letzten 6 Jahren, starb nur eine, und zwar an Scharlach. Bei Geburten in termino hatte K. eine Kindesmortalität von 1:69,7. K. schwärmt sehr für den hohen Forceps; dafür eine präcise Grenze in der Beckenenge anzunehmen, halte er für unthunlich, erstens weil man bei einer Gebärenden die Conjugata gar nicht so nach Bruchtheilen vom Centimeter messen könne, und zweitens weil er viel Gewicht lege auf die Beweglichkeit und Dehnbarkeit der Beckengelenke, der man, obgleich ein äußerst wichtiges Moment, leider bei der Prognose der Geburten bei engem Becken viel zu wenig Beachtung schenke. Er zieht den Forceps der Wendung vor, weil man den Gang der Geburt mehr in der Hand habe und weil der Kopf als vorangehender Theil die Enge leichter passire. Er benutzt stets eine gerade Zange; starke Senkung der Griffe gegen das Perineum

ermögliche stets das Fassen des Kopfes; dehne das Perineum zwar, bereite es aber hierdurch nur in günstiger Weise auf die spätere viel stärkere Dehnung beim Kopf vor. Axistraction-forceps hält er für unnöthig. Er hatte 10 Fälle von starker Beckenenge; in jedem Falle vermochte er per Forceps die Kinder durchzuziehen ohne Todesfall bei den Müttern, mit 3 bei den Kindern. Zahl der Zangenoperationen überhaupt ist nicht angegeben. Er operirte stets ohne Chloroform; gab nie Secale; hatte (für England sehr auffälligerweise — Ref.) nie Nachblutungen (post partum haemorrhages). Angaben über Leitung der Nachgeburtsperiode fehlen. Es sind verzeichnet 2 Schulter-, 9 Gesichtslagen; 1mal Drillinge, 43mal Zwillinge, 2mal Plac. praevia, 2mal Phlegmasia alba dolens, 2mal Puerperalmanie, 2mal in Eiterung übergehende Parametritis. Er hat nie eine Blasenscheidenfistel bekommen.

Zeiss (Erfurt).

---

5) **Chassagny.** Appareil élytro-ptérygoïdien.

(Lyon med. 1887. Februar 27.)

Eine Beschreibung des Apparates ist in Graefe's Referat p. 231 dieses Jahrganges des Centralblattes nachzusehen. Es ist derselben Wesentliches aus der vorliegenden Mittheilung nicht hinzuzufügen. C. demonstrirte seinen Apparat in der Soc. nat. de méd. de Lyon an einer Art Phantom, um ihn in Thätigkeit vorzuführen. Die Indikationen sind ebenfalls in dem oben citirten Referat angegeben. Er bewahrt seine Schweinsblasen in Eucalyptol oder Thymol (in Glycerin gelöst) antiseptisch und ohne Gefahr des Brüchigwerdens auf und desinficirt sie dann vor jedem Gebrauche noch speciell mit einem der üblichen Desinficientien. Bei der Einleitung der künstlichen Frühgeburt verdiene der Apparat den Vorzug vor dem Bougie in Betracht der Schnelligkeit seines Wirkens, was bei Eklampsie, bei Entbindungen in extremis, von keiner anderen Methode erreicht werde. Bei post partum-Blutungen trete er nicht — wie eingeworfen wurde — an die Stelle der doch womöglich zu entfernenden Coagula, sondern sei so dilatabel, dass er nicht nur die ganze Uterushöhle ausfülle, sondern sogar noch ausdehne und auf die Wände einen intensiven Druck ausübe. Trotz allem Lobpreisens scheint C. nicht viel Freunde für sein Verfahren in Lyon gefunden zu haben.

Zeiss (Erfurt).

---

6) **Auvard** (Paris). Artikel »Pessar« im Encyklopädischen Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften.

Der Artikel zerfällt in zwei Kapitel, von denen das erste der Beschreibung der verschiedenen Pessarformen, das zweite der klinischen Anwendung der Pessarien zufällt. Das Ganze ist streng sachlich und objektiv gehalten, und besteht in einer Aufzählung resp. bildlichen Vorführung der bekannteren Pessarformen, der Indikationen und Kontraindikationen — so weit sie sich als unbestritten geklärt haben — der Einführungsweise etc. Bei letzterem Punkte wäre wohl

am Platze gewesen, der immerhin nicht einfachen Manipulationen bei Einführung des Schultze'schen Schlittenpessars einige Worte zu widmen. Die Einführung des Hodgepessars ist in 3 Bildern, den 3 Tempos entsprechend, illustrirt; auffälligerweise — obgleich A. jedes Mal vorherige Aufrichtung des Uterus anräth — bei noch retroflektirtem Organ. Außerdem ist die Scheide überall ad maximum sackartig dilatirt mitsammt der Vulva dargestellt, so dass man nicht begreift, warum denn in aller Welt das Instrument eigentlich da oben hängen bleibt.

Zeiss (Erfurt).

Kasuistik.

7) **J. Liisberg** (Kopenhagen). Zwei Fälle von Tetanus puerperalis.

(Hospitals Tidende 1887. No. 45.)

Verf. theilt zwei im kgl. Friedrichshospital behandelte Fälle von puerperalem Tetanus mit. Der erste betraf eine 23jährige Secundipara, deren Geburt normal verlaufen war. Nach scheinbarem normalen Puerperium begann die Krankheit am 11. Tage. Nach 3 Tagen letaler Ausgang. Die Sektion zeigte einen walnussgroßen Placentarrest in der linken Tubarecke nebst endometritischen Veränderungen. Der andere Fall war eine zum 3. Mal Gebärende, die wegen Querlage durch Wendung entbunden war. Das Wochenbett war febril mit starker Endometritis. Am 10. Tage fing Trismus an, nach 3 Tagen Tod. Im Becken wurde ein retro-rectaler Abscess mit 100 g Eiter gefunden, keine Affektion am Rectum oder Os sacrum. Uterus normal. Beide Fälle verliefen mit extremer Temperatursteigerung, im Harn wurde kein Albumen, aber Aceton in geringer Menge gefunden.

Ingerslev (Kopenhagen).

8) **Auvrard.** Tamponade des Uterus.

(Gaz. hebdom. L'abeille méd. 1887. No. 50.)

A. giebt einen geschichtlichen Überblick über die Verwendung der Uterustamponade gegen puerperale Metrorrhagien, nach welchem dieselbe zuerst von Leroux warm empfohlen worden ist. Er selbst ist durch die Arbeit Dührssens's (dieses Blatt 1887 No. 35) veranlasst worden, sich ihrer zu bedienen. In einem Fall von puerperaler Spätblutung am 6. Tag post part., welche Symptome hochgradiger akuter Anämie hervorgerufen, tamponirte er den mittels zweier in die vordere und hintere Muttermundslippe eingesetzte Muzeux'sche Zangen herabgezogenen Uterus mit einem ca. 5 Meter langen, 10—12 cm breiten Jodoformgazestreifen. Die Blutung stand; die Wöchnerin erholte sich sehr schnell und genas.

Auch bei septischer Endometritis empfiehlt A. die Jodoformgazetamponade des Uterus nach vorheriger Reinigung dessen Höhle. Eigene Erfahrungen über die Wirksamkeit des Verfahrens in solchen Fällen fehlen ihm.

Graefe (Halle a/S.).

9) **A. Koettnitz** (Zeitz). Ruptura uteri. Laparotomie; Heilung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 2.)

29jährige, in ihrer Jugend rachitische IVgravida. Erste Entbindung mit der Zange beendet; Kind todt. Zweite, nach vergeblichen Zangenversuchen Perforation und Kephalotrypsie des Kindes. Dann Abort im 2. Monat. Bei der 4. Gravidität wurde die künstliche Frühgeburt in Aussicht genommen. Sie trat spontan im 7. Monat der Schwangerschaft ein.

Nach 8stündiger Wehenthätigkeit fand K. die Kreißende in desolatem Zustand. Sie sah verfallen aus; war leichenblass; Puls kaum zu fühlen, sehr frequent. Eine Uterusruptur ließ sich mit Sicherheit konstatiren. Bei der Untersuchung per vaginam war weder Portio noch Muttermund zu fühlen. Mit Mühe erreichte der

Finger hoch oben und hinten eine kuppenförmige, strahlig eingezogene Vertiefung, also einen narbigen Verschluss des Orif. ext.

K. entschloss sich zur Laparotomie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleerten sich kolossale Mengen von Blut und Fruchtwasser. Extraktion des Kindes. Lösung der Nachgeburt durch feste Kontraktion des unten links durch perimetritische Stränge fixirten Uterus sehr erschwert. Nach derselben Schluss der Bauchwunde. Drainage des Uterus per vaginam, nachdem von derselben aus mit dem Finger durch die erweichte kuppenförmige Vertiefung eine Öffnung hergestellt war. Die zuvor kollabirte Pat. erholte sich bald.

Das Wochenbett war nicht fieberfrei. Höchste Temperatur 39,7. Trotzdem war Pat. nach 5 Wochen genesen.

Die Ursache der Ruptur im 7. Schwangerschaftsmonat, gewiss ein seltenes Vorkommnis, sucht K. in der narbigen Conglutinatio orif. uteri und in den vorausgegangenen metritischen und perimetritischen Affektionen.

Graefe (Halle a/S.).

10) **O. Riegner** (Breslau). Exstirpation einer wandernden Cystenniere.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 3.)

Bei einer 30jährigen Frau, welche 1mal geboren und seit Jahren an ziehenden Schmerzen in der linken Lendengegend, Magenbeschwerden, Appetitmangel, Erbrechen litt, wurde ein als vergrößerte Wanderniere angesprochener beweglicher Bauchtumor konstatirt. Ein schon längere Zeit bestehender Blasenkatarrh wurde durch Ausspülungen gebessert. Dagegen wurden die durch die Geschwulst hervorgerufenen Beschwerden durch den Versuch, jene mittels Bandage zu fixiren, in keiner Weise günstig beeinflusst. Daher schritt R. auf Wunsch der Pat. zur Operation. Simon'scher Lumbarschnitt. Es fand sich eine große Cystenniere. Dauer der Operation ca. 2 Stunden; relativ geringer Blutverlust. Während der Rekonvalescenz abendliche Temperatursteigerungen bis 39°. Pat. wurde bei ausgezeichnetem Befinden geheilt entlassen. Die andere Niere that von Anfang an ihre Schuldigkeit, ein Beweis dafür, dass sie schon früher vikariirend für die erkrankte eingetreten war.

Rosenfeld fügt der Mittheilung R.'s Beobachtungen über den Stoffwechsel nach der Operation hinzu. **Graefe** (Halle a/S.).

11) **E. Laplace.** Rohe Schwefelkarbolsäure als Desinfektionsmittel.

(Wiener med. Wochenschrift 1888. No. 7.)

L. hat versucht, die als 50%ig und als 25%ig bezeichnete rohe Karbolsäure, welche zumeist aus in Wasser schwer oder gar nicht löslichen Substanzen besteht, für die Praxis brauchbar zu machen, indem er diese in Wasser löslich machte. Es ist ihm durch Vermischen der 25%igen rohen Karbolsäure mit gleichen Theilen roher Schwefelsäure, Erhitzen und Wiedererkaltenlassen des Gemisches gelungen. In Wasser gebracht löst es sich leicht und mit der größten Schnelligkeit.

Eine 4%ige wässrige Lösung der rohen Schwefelkarbolsäure vernichtet innerhalb 48 Stunden Milzbrandsporen mit Sicherheit, eine 2%ige innerhalb 72 Stunden, wogegen reine Karbolsäure in 2%iger Lösung überhaupt ohne Einfluss auf diese bleibt.

Bemerkenswerth ist auch die Billigkeit dieses Antisepticums. Rohe 25%ige Karbolsäure kostet pro kg 15 Pfennig. **Graefe** (Halle a/S.).

12) **C. Langenbuch** (Berlin). Ein Fall von Resektion eines linksseitigen Schnürlappens der Leber.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 3.)

30jährige Pat., seit 8 Jahren an Schmerzen im Leib bei Gehen, Stehen wie Liegen leidend. Ursache derselben eine äußerlich kaum wahrnehmbare, faustgroße Geschwulst im oberen Theil der Bauchhöhle, genau in der Mittellinie des Epigastriums vom Schwertfortsatz bis ca. 6 cm über den Nabel herab und nach beiden Seiten hin symmetrisch auf ca. 4 Finger Breite die obere Leibeshöhle ausfüllend, von glatter Beschaffenheit, derb-elastischer Konsistenz. Wahrscheinlichkeits-

diagnose: Ecchinococcussack. Bei der Probeincision fand sich ein großer Schnürlappen der Leber, ausschließlich von deren links der Gallenblase gelegenen Theil ausgehend. Exstirpation desselben in der Weise, dass aus der ligamentösen Brücke mehrere unterbundene Stücke formirt und dann mit Hinterlassung eines Gewebsknopfes der Schnürlappen abgetrennt wurde. Keine Blutung. Schluss der Bauchwunde. Gegen Abend bedrohliche Anzeichen einer inneren Blutung. Nochmalige Öffnung des Bauches der ohnmächtig gewordenen Pat., der in allen Theilen voll Blut. Unterbindung des noch schwach blutenden Gefäßes. Fieberloser Heilungsverlauf. Allmähliches Entstehen eines mäßigen Hydrops ascites, der nach 2maliger Punktion verschwand. **Graefe** (Halle a/S.).

13) **L. Kleinwächter** (Czernowitz). Ein Beitrag zu den in der Peritonealhöhle vorkommenden Blutcysten.

(Prager med. Wochenschrift 1887. No. 45.)

Eine 24jährige IIpara hatte vor 6 Jahren eine Unterleibsentzündung überstanden. Die Schmerzen hatten sich hauptsächlich auf die linke Unterbauchgegend koncentrirt. Vor 3 Jahren wurde Pat. zum ersten Mal leicht und ohne Kunsthilfe entbunden. Dagegen musste bei der zweiten Geburt das Kind perforirt werden, da ein Tumor, welcher für ein Uterusfibrom gehalten wurde, die Geburtswege verengte. Nach der Entbindung ließ er sich reponiren.

5 Wochen später fand K. rechts neben dem retroflektirten Uterus eine mehr als faustgroße, glatte, harte Geschwulst, welche hochgradig beweglich war. Nach der Untersuchung lagerte sie sich links neben den Uterus. Das linke Ovarium ließ sich nicht nachweisen.

Nachdem 5 Wochen abgewartet war, lag, wie die Untersuchung ergab, der Tumor quer in der rechten Beckenhälfte vor dem Uterus, jetzt fixirt, scheinbar etwas verkleinert. Laparotomie. Nach Lösung dünner Adhäsionen wurde die Geschwulst gleichzeitig mit einer ihr anhaftenden Dünndarmschlinge vor die Bauchwunde gebracht, von dieser getrennt und noch 2 in das Beckencavum laufende Stränge abgelöst. Geringer Blutverlust. Dauer der Operation 1 Stunde. Glatter Heilungsverlauf.

Der Tumor selbst bestand aus einer bindegewebigen, an der Innenfläche kein Epithel tragenden Kapsel und einem braunrothen, leberähnlichen, krümeligen Inhalt, frischeren und älteren Blutergüssen. K. fasst ihn daher als Blutcyste auf, welche durch Abschnürung eines Hämatoms des Omentums entstanden sein könnte. Ein ovarieller Ursprung war ausgeschlossen, da sich das linke Ovarium nach der Operation nachweisen ließ, außerdem nirgends im Tumor Ovarialgewebe gefunden wurde. Eben so wenig Lymphdrüsenelemente, so dass auch für die Entstehung aus einer Lymphdrüse jeder Anhalt fehlt.

In mancher Beziehung bot der Tumor Ähnlichkeit mit einer Mesenterialcyste. Doch hält K. ihn nicht für eine solche, da er mit dem Mesenterium in keiner Verbindung stand. **Graefe** (Halle a/S.).

14) **M'Graw** (Detroit). Ein retroperitonealer Tumor.

(Med. age 1887. No. 22.)

Eine 53jährige Frau, welche 6mal geboren, hatte seit 7 Jahren eine sich langsam vergrößernde Geschwulst im Unterleib bemerkt. Seit 6 Monaten war sie schneller gewachsen. Sie reichte von der Mitte zwischen Proc. ensif. und Nabel bis in das recto-vaginale Septum herab. Der Uterus stand hoch, schien an der Vorderseite des Tumors fixirt. Ovarien nicht zu fühlen.

Nach der Eröffnung der Bauchhöhle zeigte es sich, dass es sich nicht um einen ovariellen, sondern einen retroperitonealen Tumor handelte. Mit Mühe gelang es M'G., nach Incision des ihn bedeckenden Peritonealblattes ihn zu enucleiren. Hierbei fand sich, dass er durch einen unmittelbar über dem Scheidengewölbe zum Cervix uteri gehenden, fingerdicken Stiel mit diesem in Zusammenhang stand.

Wegen starker Blutung nach vollendeter Ausschälung stopfte M'G. den großen

zurückbleibenden Sack fest mit Jodoformgaze aus und nähte dann die freien Ränder desselben in die Bauchwunde ein. Am 4. Tag Entfernung des größeren Theiles der Jodoformgaze. In der zweiten Woche starkes Fieber, welches nach Herausziehen der noch zurückgebliebenen Gaze, Ausspülung der Wundhöhle und Drainage abfiel. Dann schnelle Heilung.

Der Tumor erwies sich bei mikroskopischer Untersuchung als Fibrom.

Graefe (Halle a/S.).

15) **Schatz** (Rostock). Sirenenbildung.

(Korrespondenzblatt des allg. Mecklenb. Ärztevereins 1888. No. 106.)

S. demonstrirt:

1) Eine menschliche Sirenenbildung. Das in Steißlage geborene, im Übrigen ausgetragene und gut entwickelte Kind zeigt eine vollständige Verschmelzung der beiden unteren Extremitäten, welche in der Weise in 10 Zehen ausläuft, dass die kleinen Zehen einander zunächst nach innen, die großen aber nach außen, die Fußsohlen nach vorn liegen, wodurch eine dem Fischschwanz sehr ähnliche, wenn auch quergestellte Form entsteht. S. glaubt, dass diese Missbildung nicht durch amniotische Verwachsungen, sondern durch einen Defekt am Becken zu Stande kommt, was durch eine spätere Untersuchung des Präparates festgestellt werden soll.

2) Eine faustgroße Fleischmole, welche 13 Monate lang getragen worden ist. Die Innenfläche zeigt eine Anzahl dünn gestielter polypenförmiger Blutsäcke. Von der Frucht war keine Spur nachzuweisen. In diesem Falle wurden $1\frac{1}{2}$ Pfund des Fluidextraktes von Gossypium herbaceum ohne jeden Erfolg angewendet; erst mehrmaliger Gebrauch von Extr. fluid. Secalis ließ die Mole geboren werden.

3) Ein mannskopfgroßes Fibrom des Ovariums, welches operativ entfernt wurde, weil in Folge einer Anstrengung trotz jahrelangen Bestehens Schmerzen und Ascites sich eingestellt hatten. An dem exstirpirten Präparat zeigt sich eine handtellergroße Stelle der Oberfläche im Zerfall begriffen; durch das Ausströmen von Lymphe aus den dadurch eröffneten zahlreichen Lymphbahnen der Geschwulst glaubt S. den Ascites veranlasst.

4) Einen per vaginam exstirpirten Uterus, in dessen hinterer, fundaler Wand ein halbapfelgroßer, nach der Uterushöhle hin zerfallender Krebsknoten lag. Die Operation war wegen der Größe des Organs und der Enge der Genitalien schwierig Obwohl dieser Fall wegen der umschriebenen Erkrankung eine Dauerheilung verspricht, glaubt S. das Freibleiben von Recidiven im Laufe von 2 Jahren für zu kurz bemessen eine Dauerheilung zu gewährleisten, weil er in einem ähnlichen Falle trotz gelungener Exstirpation fünf Jahre später in dem betreffenden Falle ein Recidiv konstatiren konnte, dem die Pat. auch erlag. **Menzel** (Görlitz).

16) **Oppel** (Stuttgart). Über einen Fall von Lithopädion.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 1 u. 2.)

Das dem pathologisch-anatomischen Institut zu München entstammende Präparat stellt ein Lithokelyphopädion dar, indem an demselben die Eihäute und die mit denselben verwachsenen Stellen des Fötus verkreidet sind, das Übrige mumificirt ist. Dasselbe entstammt einer Frau, welche im Juni 1870, im Alter von 37 Jahren, zum zweiten Male gravid wurde. Damals wurde in der linken Unterbauchgegend ein unter peritonitischen Schmerzen wachsender, harter, fibroidähnlicher Tumor, nicht fluktuirend, deutlich nachgewiesen, welcher, obgleich keine Fötaltöne, noch Kindestheile nachweisbar waren, als Extra-uterin-Gravidität angesprochen wurde, weil außer Veränderungen an der Brust im Februar 1871 mit Wiedereintritt der Menses eine Membran, die nicht untersucht worden, ausgestoßen wurde; von diesem Zeitpunkt an befand sich die Trägerin ganz wohl und hatte nur über Störungen bei der Defäkation zu klagen. Im Mai 1882 starb Pat. im Alter von 49 Jahren in Folge eines Herzfehlers.

Die Sektion ergab, dass der Eingang zum kleinen Becken fast vollständig von einem mannskopfgroßen, sehr harten Tumor, welcher mit einzelnen Darmschlingen und den Beckenwänden fast verwachsen war, eingenommen ist; der Uterus ist nach rechts verdrängt, mit seiner linken Seitenkante fest mit dem Tumor verwachsen

und so um seine Längsachse rotirt, dass die rechte Uteruskante nach vorn, die linke nach hinten gerichtet ist; geringe Vergrößerung des Uterus; beide Tuben, nicht in der ganzen Ausdehnung durchgängig, liegen rechts vom Tumor; rechtes Ovarium leicht nachweisbar; linkes wird nicht aufgefunden. O. ist unschlüssig, ob es sich hier um eine reine Ovarial- oder um eine Extra-uterin-Gravidität handelt, bei welch letzterer das Ei sich auf der vorderen Fläche des Lig. latum entwickelt hat, wofür die Drehung der Tube von links seitlich im umgekehrten Sinne des Uhrzeigers zu sprechen scheint.

Die Eihäute sind derb und fest, überall gleichmäßig verkreidet, lassen sich aber noch biegen, was für ein Überwiegen des Bindegewebes über die Kalkablagerungen spricht und sind vielfach, namentlich am Hinterhaupt, mit dem Fötus fest verwachsen. Die Placenta sitzt der Verwachsungsstelle der Eihäute mit dem Uterus gegenüber, ist sammt wohl erhaltener Nabelschnur geschrumpft und ebenfalls mit den Velamenten auf das innigste verwachsen.

Der Fötus, männlichen Geschlechts und 42,6 cm lang, liegt quer im Eisack; Kopf rechts (Gesicht nach hinten, Kinn nach unten); Rücken vorn. Verkalkt sind nur die oberflächlichsten Schichten, vor Allem der Kopf, der Rücken, das Gesäß und die Außenflächen der Schenkel und Arme, während sich die dem Körper anliegenden Theile der Arme und Beine lederartig anfühlen. Die Größe des Kindes entspricht dem Anfange des 9. Monats.

Die inneren Organe des Fötus sind zwar mumificirt, dadurch kleiner und härter als normal, aber sämmtlich wohl erhalten. Deformitäten am Sternum und Gesicht führt O. auf den Druck zurück, welcher vom Bindegewebe der Eihäute, analog dem Narbengewebe, auf die Frucht Jahre hindurch ausgeübt wurde.

Verf. widerspricht in seinen Schlussausführungen auf Grund von aus der Litteratur tabellarisch zusammengestellten Fällen der Ansicht, dass Lithokelyphopädion nur ein weiter fortgeschrittenes Stadium von Lithokelyphos sei, weil man Lithokelyphen mit einer Tragzeit von 52 und 57 Jahren findet, während sich schon nach 11 Jahren (obiger Fall) ein Lithokelyphopädion entwickelt hat.

Die Veränderungen betreffend, welche der Fötus im Laufe der Tragzeit durchmacht, kommt O. durch Vergleich der tabellarisch zusammengestellten Fälle, so wie durch Benutzung der Erfahrungen Forster's bei Thieren, zu folgenden Schlussfolgerungen:

»Der Verlauf der Versteinerung von viele Jahre getragenen Lithopädien zerfällt in drei Abschnitte.

Im ersten findet Mumifikation mit beginnender Verkreidung statt; dieser Abschnitt kennzeichnet sich im Anfang durch Gewichtsabnahme, hauptsächlich in Folge der Mumifikation.

Im zweiten Abschnitt tritt die Verkreidung in die erste Stelle mit Gewichtszunahme; letztere erreicht ihren Höhepunkt im dritten und Anfang des vierten Decennium der Schwangerschaft.

Im dritten Abschnitt findet wieder Gewichtsabnahme statt, wahrscheinlich auf Kosten der organischen Bestandtheile.« **Menzel** (Görlitz).

17) **Fales** (Boston). Über einen Fall von Lithopädion mit Erwähnung von elf anderen.

(Annals of gynæcology 1887. Oktober. Vol. I. No. 1.)

Im Anschluss an 11 in verschiedenen Ländern publicirte Fälle (einen hierher gehörenden hat Verf. jedenfalls übersehen, derselbe entstammt der A. Martinschen Privatklinik in Berlin und ist beschrieben worden von Czempin in der Deutschen med. Wochenschrift 1886 No. 27), wo bei der Sektion ein Lithopädion gefunden wurde, berichtet Verf. über einen von ihm beobachteten Fall, in welchem die Ruptur des Fruchtsackes wahrscheinlich im 3. Schwangerschaftsmonat erfolgt war; das Kind blieb aber am Leben bis zum normalen Ende der Schwangerschaft. 10 Jahre hindurch war die Frau leidend, dann aber 27 Jahre vollkommen gesund. Bei der Sektion fand man ein Lithopädion. **W. Nagel** (Berlin).

18) **Kleinwächter.** Über operirte Kreuzbeinparasiten nebst Mittheilung eines einschlägigen Falles.

(Sonderabdruck aus der »Zeitschrift für Heilkunde« Bd. IX.)

Vorangestellt werden 33 aus der gesammten Litteratur gesammelte Fälle, wovon 19 auf Kinder jünger, 4 auf Kinder älter als ein Jahr, 3 auf Kinder mit nicht angegebenem Alter und 7 auf Erwachsene fallen.

Der 34. Fall, vom Verf. bei einer Erwachsenen beobachtet und bisher noch nicht publicirt, ist folgender:

Ein 17 Jahre altes Mädchen mit einer angeborenen Kreuzbeingeschwulst gab an, sie sei mit der Geschwulst, die damals gänseeigroß gewesen, geboren. Des Weiteren sei der Tumor gewachsen, ohne ihr Schmerzen und Beschwerden zu bereiten, mit Ausnahme von Eiterabgängen, die sich in der letzten Zeit (1883) eingestellt haben. 21 cm langer und 18 cm breiter, kegel- oder herzförmiger Tumor mit nach unten rechts gerichteter Spitze, welcher vom Anfang des mittleren Kreuzbeindrittels bis 1 cm vor die Afteröffnung breitbasig und ohne Stiel, mit geringer Verschiebung am Autositen sitzt. Die dem Mutterkörper abgewendete Fläche ist durch eine seichte Querfurche, anscheinend einem Gelenk entsprechend, in eine obere und untere Hälfte getheilt, welche beide sich wenig gegen einander bewegen lassen. Neben einer exkoriirten Stelle zeigt diese Hälfte bei intakter Haut mit stellenweisem Haarwuchs mehrere Buckeln, welche auf Druck an 3 präformirten Öffnungen übelriechenden Eiter entleeren. Die Querfurche lässt sich auf der der Pat. zugekehrten Tumorfläche weiter verfolgen; letztere zeigt neben einer gaumenartigen, mit 6 Backen- und 4 Schneidezähnen besetzten Fläche und einer fünften, einen Nagel tragenden und nur passiv beweglichen Fußzehe an der unteren Spitze der Geschwulst, dicht unter der Mittelfurche einen mit Schleimhaut ausgekleideten, einer rudimentären Mundhöhle entsprechenden Spalt, aus welchem die papillentragende Schleimhaut eine kurze Strecke auf den Tumor übergeht. Aus diesem Spalt wird eine glasige, fadenziehende, dem Speichel gleichende Flüssigkeit abgesondert.

Pat. wünschte, da sie zu heirathen beabsichtigte, der Geschwulst ledig zu sein. Die operative Absetzung geschieht durch 2 halbelliptische Schnitte an der Basis unter überaus starker Blutung vollständig. Naht der Wunde. Unter Fiebererscheinungen in den ersten Tagen ist die Heilung nach 3 Wochen primär eingetreten. Der Tumor hing nicht mit dem Kreuzbein der Trägerin zusammen.

Die Schnittfläche der Geschwulst zeigt den Querschnitt eines fibrösen Stranges, durch welchen sie mit dem Autositen zusammenhing und aus welchem eine kleine Knochenspitze herausragte; außerdem findet sich ein Querschnitt einer federkielstarken Arterie mit 2 Venenöffnungen und eben so die Lumina zweier nach dem Tumor zu blind endender Kanäle, welche ihrer anatomischen Struktur nach (Mucosa mit Drüsen, submuköses Gewebe und organische Muskelschicht) als Dünndarmstücke anzusprechen sind.

Zum größten Theil besteht die Geschwulst aus normaler Haut und Fettgewebe, welches von Bindegewebszügen durchsetzt ist; in ihr findet sich dann noch ein rudimentär angelegtes Becken, welches eine rechte untere, verhältnismäßig gut entwickelte Extremität trägt und nach links zu, mittels der linken Beckenhälfte, mit einem massigen Knochen in innigster Verbindung steht, der nach abwärts und außen zu in ein linkes Oberkieferbein mit Zähnen ausläuft. Dieses Skelett liegt in der lipomatösen Grundmasse ohne Vermittelung von Muskeln und Nerven eingebettet; dazu kommen noch mehrere mit Atherombrei erfüllte, schon oben bereits erwähnte Cysten und Lymphdrüsen, welche in dem Fettgewebe zerstreut liegen.

In Betreff der Beschwerden und Symptome, der Diagnose und Differentialdiagnose, so wie der Prognose dieser Sakraltumoren, ferner des Zeitpunktes der Operation und der Operationsmethoden muss auf das Original verwiesen werden, weil bei Besprechung dieser Punkte auf die gesammten, der Litteratur entnommenen Fälle Rücksicht genommen und dieselben dem Résumé zu Grunde gelegt sind.

Menzel (Görlitz).

19) **Cushing** (Boston). Über Pathologie und Therapie der Cervixerosionen.

(Annals of gynæcology 1887. Oktober. Vol. I. No. 1.)

Auf Grund seiner Untersuchungen spricht Verf. die Meinung aus, dass Emmet sich im Irrthum befindet, wenn er die Eversion der Schleimhaut als eine direkte Folge der Cervixrisse ansieht.

Die Cervicalschleimhaut erkrankt vielleicht durch eine Ursache, die noch nicht völlig aufgeklärt ist. Es ist die persönliche Auffassung des Verf.s, dass diese Ursache möglicherweise in einer Entwicklung von Bakterien besteht.

Sowohl mit wie ohne Cervixrisse können dieselben Formen von Endometritis sich entwickeln.

C. meint ferner — und hierin schließt er sich den meisten Autoren an — dass sowohl Cervixrisse, wie Erosionen und »glanduläre oder cystische Degeneration« des Cervix entschieden zu Carcinom prädisponiren, und er sagt, dass die Ergebnisse der klinischen Beobachtungen in Amerika die in Deutschland vorherrschende Meinung wesentlich unterstützen, wonach ein erkrankter Cervix mehr geneigt ist, carcinomatös zu entarten, als ein gesunder.

In Anbetracht dessen muss also jede Erkrankung der Portio so radikal und schnell beseitigt werden, wie möglich.

C.'s Behandlungsmethoden der Krankheiten des Cervix sind im Wesentlichen gleich mit den hier in Deutschland allgemein gebräuchlichen; des Näheren hierüber muss man im Original nachsehen. **W. Nagel** (Berlin).

20) **Polacco** (Mailand). Retention abgestorbener Früchte im Uterus.

(Morgagni 1887. December.)

In einem Falle starb der Embryo im 2. Monate ab und wurde im 7., nach Dilatation des Utero-cervicalkanales durch Laminaria, leicht ausgestoßen. Das Ei war ganz unversehrt, der Embryo 2,5 cm lang. Im zweiten Falle war der Uterus retroflektirt, die Frucht starb ungefähr im 4. Monat ab; $2^1/_2$ Monate später wurde, wegen Verfall der Kranken, bei stinkendem schwärzlichem Ausflusse, durch intrauterine Ausspülungen von antiseptischen Flüssigkeiten die Ausstoßung des Eies bewirkt. Der Fötus war mumificirt. In beiden Fällen hatten die Kranken viel Laudanum bekommen und Verf. scheint zur Ansicht hinzuneigen, dass dieses Mittel durch Hintanhalten der Wehen die Ursache der Retention hätte sein können.

Liebman (Triest).

21) **S. G. Gordon** (Portland). Einige eigenthümliche Fälle von Bauchschnitt.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. December. p. 1269.)

G. theilt 4 Fälle mit, die er als Unica bezeichnet. Sie mögen hier kurz mitgetheilt werden.

1. Fall. 30jährige IIpara, leidet seit 1 Jahre an Hydrorrhoe. Seit ihrer Schwangerschaft (sie ist im 3. Monat) hat dieselbe stark zugenommen. Abortus im 6. Monat, danach dauert die Hydrorrhoe an, 3—4 Liter im Tag. Ausschaben. Einspritzen von Jodtinktur sind erfolglos. Die Untersuchung giebt keinen Anhalt. Da die Frau immer schwächer wird, werden die Uterusanhänge entfernt, dieselben zeigen linkerseits die Tube erweitert. G. ist der Ansicht, dass die Flüssigkeit aus der Bauchhöhle stammt und durch die erweiterte Tube in den Uterus und weiter sich ergossen habe. Heilung.

2. Fall. Die Kranke litt an heftigster Dysmenorhoe mit starken Blutungen und Bewusstlosigkeit. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle fanden sich alle Beckenorgane eingehüllt in eine feste, dicke Membran; die Anhänge nach allen Richtungen verwachsen, so dass sie linkerseits nur theilweise entfernt werden konnten. Nach 3 Monaten traten die alten Beschwerden wieder ein.

3. Fall. Ähnlich dem 2.; auch hier musste wegen Verwachsungen ein Theil der Tube zurückgelassen werden, auch hier trat heftige Peritonitis ein und brachte die Kranke dem Tode nahe; nach einigen Monaten bestand wieder der alte Zu-

stand. Dann wird der Uterus entfernt und nach schwerer Rekonvalescenz tritt theilweise Heilung ein.

4. Fall. Uterusfibroid mit heftigen entzündlichen Erscheinungen im Becken. Die Entfernung der Uterusanhänge hatte keine Besserung der Erscheinungen zur Folge, daher wird die Hysterektomie gemacht. Der Uterus, welcher steinhart, von Kalkkonkrementen durchsetzt war, fand sich von einer dicken Membran bedeckt. Heilung. **Engelmann** (Kreuznach).

22) **B. F. Baer** (Philadelphia). Ein Fall von sogenanntem Ovarialabscess: kleine eiternde Ovarialcyste.

(Med. news 1888. Januar 21. p. 80.)

Mädchen von 17 Jahren, Menstruation seit 11. Jahre, leidet an Metrorrhagien und starken, krampfartigen Schmerzen im Leibe. Die Untersuchung ergab einen fluktuirenden kleinen Tumor im Douglas'schen Raume; die Operation beförderte ein orangegroßes, multilokuläres Ovarialkystom zu Tage, dessen größte Höhle mit Pus laudabile angefüllt war; die kleineren Hohlräume sind mit klarer Flüssigkeit erfüllt. Glatte Heilung und Genesung. **Kreutzmann** (San-Francisko).

23) **Charles P. Strong** (Boston). Sechs Fälle von Verlagerung des Uterus, behandelt mit Verkürzung der Ligamenta rotunda, nebst Bericht über spätere Resultate.

(Boston med. and surg. journ. 1888. Februar 16. p. 166.)

Verf. operirte auf folgende Weise: Einschnitt direkt auf Spina pubis, Bloßlegen der äußeren Öffnung des Inguinalkanales; von dem Lig. rot. wird 2—3 Zoll vorsichtig vorgezogen, wenn dies auf beiden Seiten geschehen ist, wird durch Assistenten der Uterus per vaginam emporgebracht; was dann noch vorgezogen werden kann, wird vorgezogen, die überschüssige Masse der Bänder wird auf einander gefaltet und auf den Inguinalring wie ein Tampon gepackt. Äußere Wunde ohne Drainage geschlossen. Bettruhe für 2 Wochen.

Die 6 vom Verf. operirten Fälle werden ausführlich wiedergegeben; bemerkenswerth erscheint Folgendes:

Fall I. 40jährige Multipara, einfacher Prolapsus uteri. 1 Jahr und 5 Monate nach der Operation ist der Uterus noch an derselben Stelle, wie unmittelbar nach der Operation.

Fall II. 28jährige Unverheirathete; chronische Retroversion und Retroflexion ohne Adhäsionen. $^{3}/_{4}$ Jahr nach der Operation (Pat. arbeitete als Köchin in großem Hôtel) Uterus in völlig normaler Position; nicht die geringste Wiederkehr früherer Beschwerden.

Fall III. 45jährige Multipara; Prolapsus und Hypertrophia uteri, bilaterale Laceration des Cervix. 8 Monate nach der Operation (Emmet vorausgeschickt) Gebärmutter in normaler Lage, verkleinert. Keine Beschwerden.

Fall IV. 45jährige Frau; Gebärmuttervorfall, Laceration des Cervix, Dammriss durch den Sphincter, Rectocele und Cystocele. Emmet'sche Operation, Perineorrhaphie 4 Monate vorher mit temporärem Erfolg. Alexander's Operation: 7 Zoll vom Lig. rot. beiderseits hervorgezogen. $6^{1}/_{2}$ Monate später Alles in bestem Zustande mit Ausnahme einer leichten Cystocele. Ca. 14 Tage später zeigte die Untersuchung den ganzen schlimmen früheren Zustand, wie vor der Operation.

Fall V. 30jährige Multipara; Retroversion des Uterus, Prolaps des vergrößerten rechten und des linken Ovariums. 6 Monate nach der Operation sind Uterus und Eierstöcke in normaler Lage, Beschwerden sind theilweise noch vorhanden in Folge der chronischen Parametritis, welche schon vorher existirt hatte.

Fall VI. 68jährige Multipara, Prolapsus uteri, Rectocele und Cystocele. 2 Monate nach der Operation Gebärmutter an normaler Stelle.

In allen Fällen war natürlich die gewöhnliche Routinebehandlung vorausgegangen. **Kreutzmann** (San-Francisko).

24) **R. B. Norment** (Hampden, Mass.). Kaiserschnitt nach Sänger auf eigenthümliche Veranlassung hin unter ungewöhnlichen Komplikationen.

(Med. news 1888. Februar 11. p. 147.)

26jährige, unverheirathete Ipara, ist 49 Zoll (ca. 125 cm) hoch; starke Kyphose, die Gebärmutter hängt beim Stehen über die Pubes weit heraus, bei Rückenlage liegt sie zwischen den Schenkeln. Im Beckeneingang keine Verengerung, Entfernung zwischen Steißbein und Symphyse beträgt ca. 2 Zoll (5 cm). Dabei Allgemeinbefinden schlecht: 2 Fisteln in der Lumbargegend, Eiweiß und Cylinder im Urin, Ödem der Unterschenkel und Füße, kurze Zeit vor Ende der Schwangerschaft tritt ein Anfall von Urämie ein.

Der Kaiserschnitt wird der Perforation etc. vorgezogen, besonders wegen der eventralen Lage der Gebärmutter.

Operation (im Privathause) am 13. Januar 1888. Einschnitt auf den Uterus trifft direkt auf die Placenta; Eihäute sind intakt, werden nicht per vaginam gesprengt, da hierzu die Pat. auf die Seite hätte gelegt werden müssen. Placenta von der linken Seite losgelöst, Eihäute gesprengt, Kind an den Beinen extrahirt, ist scheintodt, wird wiederbelebt. Es werden 2 Reihen Karbolseidenähte angelegt: tiefe geknöpfte und peritoneale fortlaufend, im Ganzen 14; Uterus gut kontrahirt, keine Blutung. Dauer der Operation (incl. Vorbereitung und Narkose) $2^1/_4$ Stunden. Tod am 16. Januar, 62 Stunden nach der Operation unter den Erscheinungen zunehmenden Ödems, Schwäche des Pulses und eintretenden Komas.

Kreutzmann (San-Francisko).

25) **Howard A. Kelly** (Philadelphia). Entfernung der Uterusanhänge für Leiden, bei welchen Schmerz ein hervorragendes Symptom bildet.

(Med. news 1888. Januar 14. p. 36.)

Verf. steht ganz auf dem Hegar'chen Standpunkte bezüglich Entfernung der Uterusadnexe: er nimmt nur erkrankte Organe weg; er sagt, dass es besser wäre, wenn Schmerzen an und für sich nie als ausreichende Indikation für die Operation angesehen würden, oder schlimmsten Falles sollte nur in solchen Fällen dieser Art operirt werden, wo eine langdauernde, sorgfältige, speciell neurologische Behandlung keine Besserung erzielte und wo die Hochgradigkeit des Schmerzes jeden Lebensgenuss verkümmert. In manchen Fällen sei die Kastration als einzige Hilfe von Gynäkologen empfohlen, aber von den betreffenden Pat. refüsirt worden, wo durch anderweitige Behandlung Heilung erzielt wurde und Schwangerschaft eintrat.

In Fällen, wo Beckenschmerzen bestanden, welche besonders zur Zeit der Menstruation exacerbirten, fand K. weite variköse Venen in den Ligamenta lata vor. Hier die gesunden Uterusanhänge zu entfernen, hält er für verwerflich; er versuchte ohne besonderen Erfolg die Unterbindung der Varikositäten.

Die Entfernung erkrankter Ovarien und Tuben dagegen ist wissenschaftlich, und bei richtiger Auswahl der Fälle beträgt die wirkliche Heilung 95%. Wichtig ist es, nicht Alles einzig von der Operation zu erwarten und nach derselben die Hände in den Schoß zu legen: in vielen Fällen ist dieselbe nur ein Schritt in der planmäßigen Behandlung und sorgfältigste Nachbehandlung sichert zuweilen erst nach geraumer Zeit den Erfolg.

(Diese ermahnenden Mittheilungen sind wohl zeitgemäß, wenn man in medicinischen Journalen liest, dass gesunde Ovarien herausgeschnitten werden in Fällen von hartnäckigem Kopfweh. Anmerkung des Ref.)

Kreutzmann (San-Francisko).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 35. **Sonnabend, den 1. September.** 1888.

Zwei Fälle von totalem Prolapsus uteri geheilt durch die Anwendung der vaginalen Uterusligatur.

Von
Dr. **Adrian Schücking** in Pyrmont.

In der diesjährigen No. 12 dieses Blattes veröffentlichte ich die beiden ersten Fälle von Behandlung der beweglichen Retroflexio durch Anlegung meiner Uterusligatur. Dasselbe günstige Resultat, das ich in dem zuletzt mitgetheilten Falle erzielte, erreichte ich in 10 weiteren Fällen von beweglicher Retroflexio, über die ich an anderer Stelle Bericht erstatten werde.

Ich bin nunmehr in der Lage über zwei Fälle von totalem Prolaps der Gebärmutter zu berichten, in denen die Anwendung meiner Uterusnaht eine völlige Beseitigung des Leidens erzielte.

I. Frau K. aus Enger bei Herford, 54 Jahre alt, leidet seit 14 Jahren an vollständigem Vorfall der Gebärmutter. Pat. hat 10mal geboren. Der Prolaps entwickelte sich nach der ersten Entbindung. Ein Pessar konnte Pat. nur im Anfang des Leidens tragen. Entfernung



des äußeren Muttermundes von der Vulva 12 cm, Länge des Cavum uteri 13 cm. Ziemlich beträchtliche Cystocele, so wie Rectocele. Ausgedehntes Geschwür rings um den äußeren Muttermund. Reposition des Uterus gelingt leicht. Pat. klagt über Harnbeschwerden und ist völlig unfähig Arbeiten im Stehen zu verrichten. Uterusligatur am 11. Juni. Pat. befand sich in Steißrückenlage. Narkose wurde nicht eingeleitet. Nach der Einlegung eines Jodoformstäbchens in die ausgespülte Uterushöhle, eines solchen in die vorher entleerte Blase, und nach gründlicher Desinficirung der Vagina, führte ich das Instrument in die Uterushöhle ein. Die Nadel war zurückgezogen und mit desinficirtem starken Seidenfaden armirt. Nachdem die Blase mit einer Sonde nach oben gedrängt war, wurde der Griff des Instrumentes stark gesenkt, wodurch der Uterus in Anteflexionsstellung gebracht wurde. Von der Vaginalschleimhaut aus überzeugte ich mich dann mit dem Finger von der Stellung der Spitze des Instrumentes. Während nun der Finger der linken Hand zur Kontrolle liegen blieb, schob ich mit dem Daumen der rechten, das Instrument haltenden Hand vermittels des Schiebers die Nadel nach vorn und s e i t w ä r t s rechts vor. Der zu Tage tretende Faden wurde nunmehr erfasst, dicht an der Nadel abgeschnitten und das Instrument mit zurückgezogener Nadel wieder entfernt. Endlich wurde das aus dem äußeren Muttermund hängende Fadenende mit dem durch die vordere rechtsseitige Scheidenwand geführten Faden fest verknüpft. D e r U t e r u s s t i e g h i e r b e i n a c h o b e n. D i e g a n z e M a n i p u l a t i o n h a t t e o h n e V o r b e r e i t u n g e n n i c h t e i n e h a l b e M i n u t e g e d a u e r t. Wie eine nunmehr angestellte Untersuchung zeigte, stand der Uterus stark anteflektirt in normaler Höhe im Becken. Pat. erhielt eine Eisblase auf den Leib und musste drei Tage das Bett hüten. Sogleich nach Anlegung der Naht war Pat. im Stande den Urin ohne Beschwerden zu lassen. Schmerzen und Fieber traten

nach dem kleinen Eingriff nicht auf. Entfernung des Seidenfadens nach 19 Tagen. Bei einer Untersuchung nach weiteren 4 Wochen steht der Uterus noch immer stark anteflektirt und in normaler Höhe. Der Prolaps der vorderen Scheidenwand ist völlig beseitigt, nur die hintere Vaginalwand ist noch mäßig descendirt und eine kleine Falte derselben sichtbar.

II. Frau D. aus Westhöl bei Riemsloh bei Melle, 44 Jahre alt, mir zugesandt durch Herrn Kreisphysikus Dr. Heilmann in Melle. Totaler Gebärmuttervorfall seit 18 Jahren. Pat. hat 6 Kinder geboren. Der Prolaps hat sich nach dem ersten Wochenbett entwickelt. Die ersten 4 Jahre hat Pat. ein einfaches rundes Pessar, dann ein Flügelpessar getragen, seitdem indess Uterusstützen nicht mehr gebrauchen können. Sie ist nur im Sitzen im Stande sich etwas zu beschäftigen, sonst völlig arbeitsunfähig. Wenn Pat. längere Zeit steht tritt Incontinentia urinae ein. Entfernung des Muttermundes von der Vulva 9 cm, Länge des Cavum uteri $9^1/_2$ cm. Cystocele und Rectocele. Am 16. Juli legte ich in der Sprechstunde nach denselben Vorbereitungen, wie sie oben geschildert sind, ohne Einleitung der Narkose meine Ligatur an. Die wenige Sekunden in Anspruch nehmende Manipulation bereitete der Pat. kaum Schmerzen. Uterus stand, nachdem der Faden zugeknüpft war, stark anteflektirt in normaler Höhe. Hierauf Eisblase und 3tägige Bettruhe. Auch hier waren die quälenden Urinbeschwerden nach der Ligirung sofort völlig verschwunden. Am 3. August Entfernung des Seidenfadens. Der Faden hatte etwas in die vordere Muttermundslippe eingeschnitten, welchen Umstande indess keine Bedeutung beizulegen ist. Uterus stand stark anteflektirt und völlig normal. Auch der Prolaps der vorderen wie der hinteren Scheidenwand ist völlig beseitigt.

Beide Fälle werden selbstverständlich noch längere Zeit hindurch beobachtet werden. Meines Erachtens kann das geschilderte Verfahren, dessen Wirkungsweise ich in meiner oben citirten Veröffentlichung dargelegt habe, an Einfachheit, Ungefährlichkeit und Sicherheit des Erfolges von keiner anderen blutigen oder unblutigen Methode übertroffen werden. Eine kleine ohne Blutverlust und ohne Narkose vorzunehmende Sprechstundenmanipulation vermochte die beiden ersten in dieser Weise behandelten und zwar ausnahmsweise schweren Fälle, die viele Jahre bestanden hatten und mit bedeutenden Beschwerden verbunden waren, so weit sich dies beurtheilen lässt, radikal zu heilen.

Wie beistehende Abbildung zeigt, ist das ursprünglich von mir angegebene Instrument dahin modificirt, dass die Nadel von B bis A vorspringt. Außerdem ist das ausschließlich aus Metall gearbeitete Instrument zum Zweck der Reinigung in seine einzelnen Theile zu zerlegen. Zu beziehen ist dasselbe vom Instrumentenmacher Löwy, Berlin, Dorotheenstraße.

---

1) **Hyde.** Ergotin, ein Überblick über seinen Gebrauch und Missbrauch in der Geburtshilfe.

(Brooklyn med. journ. 1888. Februar. p. 89.)

Verf. ist ein abgesagter Feind des Mutterkorns, welchem er alle möglichen Vorwürfe macht. Außer den bekannten Nachtheilen will er ihm auch die Entstehung der Subinvolution und der Lageveränderungen zuschreiben, indem es keine gleichmäßige Zusammenziehung des ganzen Uterus, sondern nur einzelner Fasern veranlasse, woraus dann jene Folgezustände sich entwickeln. Auch zu Entzündung in und um den Uterus soll es führen vermittels des andauernden von ihm veranlassten Krampfes des Uterus.

Auf diesen in der Medical society of the County of Kings gehaltenen Vortrag folgt eine Diskussion, an welcher sich eine Menge Praktiker betheiligen. Während sonst nichts Neues vorgebracht wird, ist die Mittheilung von Francis Stuart beachtenswerth, dass nach einer von ihm aufgestellten Statistik in Brooklyn die Hebammen weit mehr Todtgeburten haben als die Ärzte, und dass dies dem Umstande zuzuschreiben sei, dass sie stets zur Beschleunigung der Geburt Ergotin zu geben pflegen. **Lühe** (Demmin).

---

2) **Mules.** Ophthalmia neonatorum.

(Medical chronicle 1888. Januar. p. 271.)

(Preisgekrönt von der Pariser Gesellschaft für Schutz des Kindeslebens.)

Die Krankheit, welche eine ca. 50stündige Incubation hat, wird entweder beim Durchtritt durch die mütterlichen Geburtswege primär oder sekundär nach der Geburt durch Einimpfung übertragen. In Bezug auf die primäre Übertragung legt M. Werth darauf, dass der Rand des Perineum, wenn das Auge des Kindes über ihn hinwegtritt, die Lidspalte öffnet, indem er das untere Augenlid herabdrückt. Ob überall der Gonococcus als Infektionsträger anzunehmen ist, muss noch dahingestellt bleiben, doch ist jedenfalls stets eine infektiöse Vaginitis die Ursache und der klinische Verlauf der Krankheit stets derselbe, gleichviel ob der Gonococcus gefunden wird oder nicht.

In Bezug auf die Prophylaxe will Verf. stets, wenn eitrige Vaginitis besteht, die Vagina bei der Geburt sorgfältig desinficiren, und zwar genügen Ausspülungen mit Sublimatlösung 1:2000. Ferner soll gemäß seiner erwähnten Anschauung über die Rolle des Perineums bei der Infektion bei Vorhandensein von Scheidensekret ein Finger unter den Rand des Daumens eingehakt und dieser vom Kindskopf abgezogen werden. Eine antiseptische Waschung der Augen des Neugeborenen will M. nur auf die Fälle beschränkt wissen, in denen die mütterlichen Geburtswege verdächtig sind. Dagegen muss äußerste Reinlichkeit, besonders in Bezug auf das Waschen der Augen des Kindes mit einem eigens dafür bestimmten Schwamm oder Läppchen stets beobachtet werden. **Lühe** (Demmin).

---

3) **H. Chiari** (Prag). Zur pathologischen Anatomie des Eileiterkatarrhs.

(Prager Zeitschrift für Heilkunde Bd. VIII.)

C. fand unter 760 weiblichen Leichen 7mal erbsen- bis bohnengroße Knötchen am uterinen Ende des Eileiters, oft symmetrisch je eines rechts und links, doch auch einseitig und auch zwei dicht neben einander. Diese Knötchen, schon von früheren Autoren als kleine Myome beschrieben, unterwarf C. einer systematischen Untersuchung, die ergab, dass in allen Fällen eine chronisch katarrhalische Erkrankung der Tuben und des Uterus vorhanden war. Immer konnte der Tubarkanal durch die kleinen Tumoren hindurch präparirt werden. Oft enthielten dieselben kleine, mit freiem Auge kenntliche Cysten. Die mikroskopische Untersuchung ließ in allen den Geschwülsten den Kanal der Tube erkennen, dessen Schleimhaut nur in einem Fall verdickt, kleinzellig infiltrirt, in den anderen 6 Fällen dünn, narbenartig war. Die Muscularis mucosa war in den meisten Fällen normal und die Verdickung war bedingt durch Hyperplasie der Muscularis der Tube. Aber in derselben waren in allen Fällen eingeschlossen zahlreiche mit einfachem Cylinderepithel ausgekleidete und von einer dünnen Bindegewebslage umgebene Hohlräume von mikroskopischen Dimensionen bis zu Hanfkorngröße. Diese Räume enthielten in 6 Fällen eine seröse, in einem Falle eitrige Flüssigkeit. Nach diesem Befunde ist es klar, dass die kleinen Geschwülstchen nicht die Bedeutung von Myomen haben, sondern umschriebene Muscularishypertrophie und -hyperplasie darstellen, wahrscheinlich angeregt durch die aus Ausstülpungen der Mucosa des Tubarkanals entstandenen cystischen Cavitäten in der Muscularis tubae. Den Grund für das ausschließliche Vorkommen dieser Knötchen am uterinen Ende der Tube sucht C. in der großen Weite des Tubarkanals an dieser Stelle, durch die die katarrhalisch geschwollene Schleimhaut zur Erzeugung von zahlreichen Ausstülpungen disponirt ist. Diese Knötchen scheinen einer Rückbildung im höheren Alter zugängig zu sein; C. fand sie bei Leichen im Alter von 20—38 Jahren.

W. Fischel (Prag).

---

4) **Hans Schäublin** (Liestal). Über die Konstanz der Kindeslagen bei wiederholten Geburten.

Inaug.-Diss., Basel, 1888.

Verf. ist betreffs der Ätiologie der Kindeslagen im Allgemeinen Anhänger der Gravitationstheorie. Doch macht er darauf aufmerksam, dass möglicherweise die bei dem Wachsthum der Organismen vorkommenden Spiraldrehungen (spiralige Anordnung der Muskulatur der Geburtswege und spiraliges Wachsthum der Föten) auf die Kindeslagen Einfluss haben.

Auf Grund eines großen Materials bestätigt er das doppelt so häufige Vorkommen der I. Schädellage gegenüber der II. und fin-

det, dass bei Konstanz der Lage in wiederholten Entbindungen derselben Frau das Verhältnis der I. zur II. Schädellage zu Gunsten der I. wächst.

Außerdem zieht er folgende, aus der Arbeit übrigens nicht näher begründete Schlüsse:

1) Das Überwiegen der Lage des Rückens nach links bei wiederholt entbundenen Frauen zeigt, dass die Gravitationsverhältnisse des links spiralig gewachsenen Embryo bei beweglichem Kopfe besser zum Ausdruck kommen, als bei festem.

2) Bei wiederholter III., III./II., IV./I.Lage, Querlage etc., eben so bei Konstanz der Lage bei engem Becken, ist vielleicht eine durch die Beckenenge bedingte besondere Form des Uterus anzunehmen, in welcher der Fötus am besten Platz hat.

3) Das Vorkommen der relativ größeren Häufigkeit der II. Schädellage bei Mehrgebärenden mag vielleicht darin seinen Grund haben, dass bei schlafferen Bauchdecken und bei dadurch bedingter Rechtslage des Uterus das Kind dem Uterus besser in II. Position entspricht.

Pfannenstiel (Breslau).

---

5) **Podwyssozki.** Über die Entwicklung des Graaf'schen Bläschens bei Säugethieren.

(Aus den Verhandlungen der gynäkol. Gesellschaft in Kiew 1888. November 28. [Russisch.])

Verf. machte seine Beobachtungen an Kaninchen, Meerschweinchen und weißen Mäusen. Er behandelte das Gewebe der Eierstöcke mit starker Flemming'scher Lösung und absolutem Alkohol; zur Färbung benutzte er Saphranin und Pikrinsäure. Er kommt zu folgenden Schlüssen.

1) Das Primordialbläschen besteht aus der großen Eizelle und einer unbedeutenden Zahl sehr kleiner abgeplatteter, dem Endothel ähnlicher Zellen der Granulosa, sie stammen von dem Embryonalepithel. Diese Primordialbläschen liegen in großer Zahl unter der Albuginea im Rindentheil des Eierstockes.

2) Die erste Periode des Wachsthums besteht in einer unbedeutenden Vergrößerung der Eizelle und in einer starken Vergrößerung der Zellen der Granulosa, deren Kerne deutlich hervortreten.

3) In der zweiten Periode wachsen Eizelle und Zellen der Granulosa weiter; die letzteren nehmen eine kubische und sogar cylindrische Form an. Zuletzt erscheint die typische Form eines schon bedeutend gewachsenen Bläschens mit einer Granulosa, die aus einer Reihe kubisch cylindrischer Zellen besteht, welche mit ihrem langen Durchmesser vertikal zur Peripherie der Eizelle liegen.

4) Das dritte Stadium charakterisirt sich durch die Vermehrung der Granulosazellen nach dem Typus der karyomitotischen Vermehrung. Die neuen Zellen drängen sich besonders an den beiden entgegengesetzten Enden zusammen; das Bläschen wird ausgedehnt und nimmt eine ovale Form an. Die starke Vermehrung der Zellen der

Granulosa, welche aus vielen Lagen von Zellen mit zahlreichen Mitosen besteht, dehnt den Follikel immer weiter aus; die Eizelle ist schon stark vergrößert, enthält viele Körnchen Dotter und ist von einer dicken Zona pellucida umgeben.

5) Im 4. Stadium zeigen sich die Tropfen des Lig. folliculi. Sie sammeln sich allmählich besonders an den beiden entgegengesetzten Längsseiten der Eizelle. Das Lig. folliculi ist weniger ein Produkt der Verflüssigung des Protoplasma der Granulosazellen, als ein Transsudat aus den neugebildeten Kapillaren der Theca folliculi.

6) Im 5. Stadium wird der Graaf'sche Follikel durch die immer wachsende Flüssigkeit stark ausgedehnt, wobei die Zellen der Granulosa zerfallen und zu Grunde gehen. Dabei unterliegt das Protoplasma dem fettigen Zerfall und der Kern geht zu Grunde. Der Follikel ist mit einer weißlichen Flüssigkeit gefüllt, in welcher eine Menge Tropfen einer Nuklein enthaltenden Masse schwimmen.

7) Das Ei wird reif noch eher als der Follikel.

Reimann (Kiew).

---

6) **L. Secheyron** (Paris). Antisepsis und Asepsis in der Geburtshilfe.

(Gaz. des hôpitaux 1887. No. 142.)

Ausführliche Vorlesung mit Geschichte der Antisepsis (wir vermissen vor Allem Semmelweiß' Namen) und ihrer Technik in der Pariser Charité. Statistik der Mortalität an den 2 großen Entbindungsinstituten von Paris, der Charité (Prof. Budin) 0,378 und Lariboisière (Prof. Pinard) 0,308 in den letzten 4 Jahren. Antiseptische Lösungen in warmem Wasser sind wirksamer. Acid. boricum, 40—45 % ist 3mal so wirksam. Nach der Geburt verwirft S., Doléris und Butte folgend, Sublimatbespülung; eben so ist Eklampsie eine Kontraindikation gegen Sublimat.

Pauly (München).

---

7) **Brouardel** (Paris). Gewichtsverlust der Placenta nach der Austreibung. Prüfung der Flecke von Blut, Meconium, des Sebums, der Amnionsflüssigkeit. Während wie langer Zeit kann man die Niederkunft einer Frau bestimmen? Ob eine oder mehrere Niederkünfte? Kann eine Frau geboren haben, ohne es zu wissen?

(Gaz. des hôpitaux 1887. No. 153.)

In den Abwässern eines Hauses findet sich manchmal eine Placenta. Findet man bald darauf einen Fötus oder ein Kind, so wird dem Arzt die Frage vorgelegt, ob diese Placenta zu diesem Fötus gehört, kurz welches Datum des intra-uterinen Lebens vorliegt. Nun, eine ganz entwickelte Placenta misst im Mittel 15—16 cm im Durchmesser und wiegt 500—600 g. Man muss wissen, wie viel sie an Gewicht bei vorschreitender Fäulnis verliert. Galisseaux, B.'s Schüler (Dissert. 1880) hat gefunden: Nach 10 Tagen im Winter

Verlust um $^1/_3$ des Gewichts, nach 18 um die Hälfte. Sicherlich in Folge der Ausdünstung (évaporation). In der Morgue ist das mittlere Gewicht der Kinder um 2—300 g geringer, als in der Charité. Der Neugeborene verlässt ein neunmonatliches Bad bei seiner Geburt; er muss unfehlbar abnehmen, wenn man ihm nicht sofort etwas giebt, seinen Verlust zu ersetzen. Das ist noch mehr wahr für die Placenta, die viel poröser und mit Flüssigkeit angefüllt ist. Sucht der Arzt nach Blutflecken der Mutter, so wird er auch nach Meconiumflecken des Kindes fahnden. Das Blut ist mikroskopisch und spektroskopisch zu untersuchen, mit besonderer Sorgfalt ist nach Teichmann'schen Häminkrystallen zu suchen. Wer darin nicht geübt ist, begeht leicht Irrthümer. In Orleans hielt ein Arzt für Menschenblut, was ein vom Vertheidiger zugezogener Apotheker als Pilzsporen erkennen konnte. Zweifelhafte Elemente sind zwar in diese Blutfleckenuntersuchung gebracht worden, aber nach allen Prüfungen wird man immer sagen können, ob man Säugethierblut vor sich hat. Bei der Untersuchung des Meconiums ist es fast unmöglich, sich zu täuschen. Die normale Umhüllung des Kindes in einer Art Fettschicht ist wichtig; in deren Spuren weist man oberflächliche Pflasterepithelzellen ohne Kerne nach. Die Flecke durch die Amnionsflüssigkeit sind übrigens meist mit Urin gemischt.

Wie lange Zeit seit der Niederkunft verflossen ist, ist eine schwere forensische Frage. Ist die Wöchnerin beim 10. oder 12. Tage der Lochien angelangt, so ist es schwer, die Niederkunft auf den Tag zu bestimmen. Nach 6 Wochen wird man zwischen mehreren Wochen zaudern, denn schon gegen die dritte Woche hat der Uterus seine gewöhnlichen Dimensionen wieder angenommen.

Ob eine Frau eine oder mehrere Niederkünfte hinter sich hat, ist sehr schwer zu entscheiden ohne besondere Umstände. B. hat zu Chateaudun 5 Skelette aus einer Abtrittgrube zusammengestellt. Die Zahl der Narben des Collum uteri korrespondirt nicht mit der Zahl der Geburten.

Man fragt auch, zu welcher Zeit der Gravidität die Geburt stattgefunden. Ob ein Mädchen abortirt habe, ist nicht ganz absolut zu beantworten. Wenn sie weder Striae, noch Einrisse hat, besonders das Hymen noch intakt ist, so kann man sagen, dass die Geburt vorzeitig erfolgt ist.

Vor 10 Jahren wurde man oft gefragt: Kann eine Frau, ohne es zu wissen, gebären? Schon Hippokrates hat bejahend geantwortet. Forensisch wichtig ist, wenn eine Frau erzählt, im Schlafe entbunden zu sein und hinzufügt, dass das Kind unter der Bettdecke erstickt ist. Früher hielt man dies für unmöglich. Aber auf Dubois' Klinik ist eine sehr ermüdete Primipara beobachtet worden, die über der Geburt nicht erwacht ist. Auch Montgomery erzählt von 2 Fällen. Im künstlichen Schlafe ist es selbstredend möglich.

Pauly (München).

8) **L. Pozzi** (Paris). Bemerkungen über den gynäkologischen Unterricht in Deutschland. Die Straßburger Klinik.

(Gaz. méd. de Paris 1887. No. 47.)

Die Fortsetzung seiner Studienreise (bisher beschrieben Gaz. méd. 1887 No. 1) hat P. nach Straßburg geführt, wo er die neueste und, wie ihm schien, vollkommenste Einrichtung angetroffen hat. Er giebt die Grundrisse der einzelnen Stockwerke des neuen Gebäudes in genauen Abbildungen wieder, die Einrichtung, die bisherige Operationsstatistik, die antiseptische Technik, die Art des Unterrichts und ergeht sich in seinen »Schlussfolgerungen« in anerkennenswerthem Freimuth über die Mängel des gynäkologischen Unterrichts in Frankreich im Gegensatz zu den mustergültigen Einrichtungen bei uns.

Pauly (München).

Kasuistik.

9) Verhandlungen der geburtshilflichen Gesellschaft zu New York.

(Amer. journ. of obstetr. 1888. Januar u. Februar.)

Sitzung am 15. November 1887.

Jacobus zeigt das Präparat eines Fötus vor mit angeborener Hernie der Baucheingeweide und der linken Lunge in Folge von Mangel eines Theiles der Bauchwand. Der Darm, Magen, Leber, linke Niere, Milz und ein Theil des Uterus lagen außerhalb der Bauchhöhle in einem Sack. Linkerseits fehlte das Zwerchfell.

McLean zeigt eine Placenta vor, welche 9 Wochen nach dem Abortus im dritten Monat in utero zurückgehalten wurde. Hanks betrachtet den Fall als einen Beweis dafür, dass es nicht nöthig sei die Placenta unmittelbar zu entfernen, falls nicht dringende Erscheinungen dies verlangen. Das Eingreifen in allen Fällen sei vom Übel. Emmet spricht für manuelle Entfernung in allen Fällen, während Janvrie für Tamponade eintritt.

Hunter demonstrirt ein Uterusmyom von 140 Pfund Gewicht, welches sich bei einer unverheiratheten Frau von 53 Jahren fand. Die Frau wog, ohne Geschwulst 95 Pfund.

Freeman spricht über die Anwendung des Gelseminum in der Geburtshilfe und Kinderpraxis. Er hat das Mittel seit dreißig Jahren dauernd in Gebrauch gezogen und ist mit seiner Wirkung sehr zufrieden. In starker Dosis gegeben, ruft es Doppelsehen und Muskelrelaxation hervor, bei tödlicher Dosis steht die Athmung still, das Sensorium bleibt frei bis zum Ende.

In der geburtshilflichen Praxis hat F. das Mittel hauptsächlich gegen die Wehen angewandt, welche vor dem richtigen Beginn der Geburt auftreten. Hier hat er es bedeutend wirksamer als Opium und ohne jede unangenehme Nebenwirkung gefunden. Ferner hat es ihm gute Dienste bei rigidem Muttermund geleistet und gegen Nachwehen kennt er kein besseres Mittel, eben so bei Ovarialschmerzen, Dysmenorrhoen und Hysterie. Die Dosis ist fünf bis dreißig Tropfen der Tinktur alle 2 Stunden.

Janvrin theilt einen Fall von Carcinom in einem Uterus bilocularis mit.

Mundé berichtet über einen Fall von kompletem Prolaps des Uterus bei einer 16jährigen Virgo.

Sitzung am 6. December 1887.

McLean berichtet über einen Fall von Dystokie in Folge eines Hämatom des einen Armes. Derselbe maß im Umfang $13^1/_2$ Zoll. Genauere Untersuchung des Präparates vorbehalten.

Gillette spricht über radikale Heilung der Rectocele und Cystocele durch Ligatur.

Emmet und Mundé sprechen sich gegen dieselbe aus; sie könne in Folge der schwachen Narbe keinen Halt geben und die üblichen Methoden seien hinreichend einfach und leicht und dabei sicher im Erfolg.

Hanks theilt einen Fall von protrahirter Schwangerschaft mit. Der todte Fötus wurde $4^1/_2$ Monat in utero zurückgehalten.

Sitzung am 20. December 1887.

Hunter berichtet über einen Fall von vaginaler Hysterektomie wegen starker Hypertrophie des Cervix. Es lag Verdacht (! Ref.) auf maligne Erkrankung des Cervix vor. Eine mikroskopische Untersuchung wurde nicht gemacht.

Byrne theilt zwei Fälle von Laparotomie mit, wegen Sarkom und Fibroid des Uterus. Der letztere verlief letal.

Coe spricht über Spätinfektion im Wochenbett.

Engelmann (Kreuznach).

10) **Altmann.** Über die Inaktivitätsatrophie der weiblichen Brustdrüse.

Inaug.-Diss., München, 1888.

Die überaus hohe Säuglingssterblichkeit der schwäbisch-bairischen Hochebene, welche in der künstlichen Ernährung und Entziehung der Mutterbrust begründet ist, veranlasst den Verf., auf der Basis pathologisch-anatomischer Untersuchungsbefunde die Frage zu entscheiden, welche Ursachen dem Mangel einer genügenden Milchsekretion bei den Frauen dieses Distriktes zu Grunde liegen, da dieselben meist aus physischen Gründen, nämlich aus Mangel an genügender Milchproduktion, zur künstlichen Ernährung ihre Zuflucht nehmen müssen.

Zu diesem Zwecke hat A. die Brüste von 30 Frauen aus Baiern, im Alter von 14—50 Jahren quantitativ (Gewicht der Drüse mit und ohne Fett) und qualitativ (Verhältnis des Drüsengewebes zum umgebenden Bindegewebe und Struktur des Drüsengewebes selbst) untersucht und die hierbei erhaltenen Befunde mit solchen verglichen, welche 4 Frauen aus Schlesien entstammen, wo das Stillen wenigstens großentheils allgemeine Sitte ist.

Die Resultate sind folgende:

Das Gewicht der Drüse betreffend liegen nur von Hennig Angaben darüber vor, welcher als solches 160—556 g angiebt. Unter 29 Fällen des Verf., welche darauf hin untersucht wurden, besaßen nur acht ein höheres Gewicht als 100 g. Dieser scheinbare Defekt ist aber bei vorstehender Untersuchung unmaßgeblich, da erfahrungsgemäß gerade die kleinsten Brüste sich am besten zum Stillen eignen.

Wichtiger sind die mikroskopischen Befunde, welche bei den bairischen Nulliparae und denjenigen Frauen aus Baiern, die geboren, aber nicht gestillt haben, im Gegensatze zu Schlesierinnen, die sich unter gleichen Verhältnissen befanden, ergaben, dass bei ersteren die Milchgänge sehr spärlich bei reichlich entwickeltem Bindegewebe, welches fest und straff die wenig kräftigen Acini umgiebt, vorhanden sind, während die Alveolen selbst sehr klein und gewissermaßen in dicke bindegewebige Kapseln eingeschlossen sind; die Schlesierinnen zeigten neben einer entschiedenen Vermehrung der Drüsenelemente eine zahlreichere Gefäßentwicklung und in dem umhüllenden Bindegewebe selbst eine große Lockerheit.

Trotz der geringen Zahl der untersuchten Fälle ergiebt sich doch ein angeborener Defekt in der Anlage der Milchdrüsen bairischer Individuen gegenüber denen aus Schlesien und die Möglichkeit ist eine sehr wahrscheinliche, dass durch Inaktivität die Brustdrüse atrophiren und dieser Zustand vererbt werden könne, wie die in der bairisch-schwäbischen Hochebene schon durch lange Zeit festgehaltene Sitte des Nichtstillens außerdem zu beweisen scheint. **Menzel** (Görlitz).

11) **Piskaček.** Über die Tuberkulose der Brustdrüse.

(Wiener med. Jahrbücher 1887.)

Nach Aufzählung von 14 einschlägigen Fällen aus der Litteratur, worunter sich auch zwei bei Männern beobachtete finden, beschreibt Verf. 8 Fälle aus der Klinik des Prof. Albert, von denen 2 zur Amputation der Drüse führten.

1) 38jährige Nullipara; nicht belastet; litt bis zum 32. Lebensjahre an Drüsen-

schwellungen, die im Winter auftraten und im Frühjahr zum spontanen Durchbruch und zur Ausheilung kamen; vom 32.—37. Jahre frei; dann stellten sich 2 Drüsen in der rechten Achselhöhle ein, welche perforirten und Fisteln bildeten; hiernach Bildung eines haselnussgroßen Knotens der rechten Brustdrüse. Befinden ohne subjektive Beschwerden; Sputum bacillenfrei. Nach Stellung der Diagnose auf Tuberkulose der Brustdrüse Amputatio mammae. Im Eiter keine Bacillen, in der Nachbarschaft des mit Eiter erfüllten Drüsenknotens kleinzellige, knötchenförmige Tuberkelherde, mit Riesenzellen, welche auch zerstreut im interacinösen Bindegewebe sich finden; in 2 von ca. 400 Präparaten wurden Bacillen nachgewiesen. Seit 1886 ist auch die linke Brustdrüse erkrankt; das Allgemeinbefinden ein schlechtes.

2) 52 Jahre alte VIpara; letzter Partus vor 15 Jahren; alle Kinder gestillt, sind auch gesund; Brüste immer gesund. Vater und eine Schwester an Tuberkulose verstorben. Ende 1885 haselnussgroßer Knoten unterhalb der Warze der rechten Mamma, welcher bis auf Gänseeigröße wächst, perforirt und Fisteln hinterlässt; Vitium cordis; beiderseits Spitzendämpfung; Knöchelödem. Urin normal. Amputatio mammae. Eiter bacillenfrei; Abscessmembran grauröthlich, von miliaren Knötchen durchsetzt. Kleinzellige Infiltration der Nachbarschaft mit eingestreuten Riesenzellen; käsiger Zerfall der Tuberkelknötchen; im Gewebe keine Bacillen nachgewiesen.

3) 43jährige Beamtenfrau; gesunde Eltern; mehrfache Hämoptoe; 8 Kinder geboren und alle gestillt, 2 davon an tuberkulöser Meningitis gestorben; im Jahre 1880 angeblich in Folge eines Traumas wie in Fall 2 Schwellung in der linken Axilla und Mamma; ein 2mannsfaustgroßer Tumor der letzteren kommt zum Aufbruch; es restiren Fisteln; schon mehrjährige Eiterung; im Sputum Tuberkelbacillen; wegen hochgradigem Marasmus nur örtliche Jodoformbehandlung; im Eiter der Brust keine Bacillen.

4) 32jährige VIIpara; darunter einmal Zwillinge mit größerem Blutverlust; 1 Kind an Lungentuberkulose verstorben; 1884 eine Molenschwangerschaft, welche operativ behandelt wurde; seitdem eitrige Entzündung der rechten Mamma, spontaner Durchbruch, mit Hinterlassung von Fisteln; öftere Eiterretention. Im Sputum Bacillen, im Eiter keine; mehrere Fistelgänge und Geschwüre an der rechten Brust; Axilla frei. Operation verweigert.

5) 30jährige IIpara von gesunden Eltern stammend; beide Kinder gesund; beide gestillt; das letzte wegen flacher Warze der linken Brust nur rechterseits; um Stauung links zu vermeiden häufiges Ausdrücken links; darauf starke Anschwellung und Entzündung; Incision entleert nur Blut und Milch; später sickert zuerst dicker, dann seröser Eiter aus; eine Fistel restirt; während dieser Affektion in der rechten Fossa supraclavicularis ein Knoten, der ebenfalls aufgeht, Eiter entleert und zur spontanen Vernarbung kommt; Lungen frei; im Sputum keine Bacillen; Allgemeinzustand gut. Kauterisation der Fistel mit Paquelin; Schluss derselben nach einem Vierteljahre.

6) 34jährige IIIpara, als Kind sehr schwach und kränklich gewesen; Anschwellung der linken oberen Brustdrüse; durch verschiedene Salbenapplikation kommt es zur Perforation, Eiterentleerung und Fistelbildung. Nachtschweiße; Spitzendämpfung; Sputum bacillenhaltig; Excochleatio und Kauterisation mit Paquelin Vernarbung.

7) 27jährige VIIpara; 2 Kinder gestorben (Phthise und Meningitis tubercul.); nur ein Kind gestillt; im 1. Puerperium linksseitige Mastitis; 8 Tage nach dem letzten Partus schmerzhafte Anschwellung und Röthung der rechten Brust; es kommt zum Aufgehen mit Fistelbildung und Eiterung. Nachtschweiße; rechtsseitiger Spitzenkatarrh; Sputum bacillenhaltig; mehrere harte Achseldrüsen rechts. Entzieht sich der Behandlung.

8) 16jährige Ipara; nicht belastet; bekommt während der letzten Schwangerschaftsmonate eine Anschwellung der rechten Brustdrüse, die durch Kataplasmen zum Aufbruch kommt; theilweise Heilung mit erneutem Durchbruch an anderen Stellen bis ins Puerperium hinein. Ätzung der Fistelgänge und Ulcera mit Lapis in Substanz; Jodoform; Heilung der Fisteln.

Anstatt der bisherigen Eintheilung der Mammatuberkulose in Perforations-, sekundäre und primäre Tuberkulose empfiehlt P. die folgende:

Primäre Tuberkulose mit der ersten Unterabtheilung, dass außer der Mamma der gesammte Organismus frei, und der zweiten, dass die Mammatuberkulose eine Simultanerscheinung mit anderen im Körper sich findenden tuberkulösen Herden darstellt.

Die zweite Abtheilung umfasst die durch Fortleitung der Keime direkt benachbarter tuberkulöser Herde bedingte Mammatuberkulose (frühere Perforationstuberkulose).

Entweder ist nur ein Theil der Brustdrüse afficirt oder es finden sich in derselben zerstreute Herde, welche, wenn sie nicht ausheilen, konfluiren können. Die Diagnose hat den Charakter des Geschwürs, die Art und Weise des Befallenseins der regionären Lymphdrüsen, die Beschaffenheit des Eiters und der eventuellen Abscesswandungen in erster Linie in Betracht zu ziehen. Bacillen werden selten im Eiter entdeckt, häufiger gelingen noch Impfversuche auf Thiere mit demselben. Auch der mikroskopische Befund der erkrankten Drüsenpartien ergiebt selten Bacillen in den Präparaten, gewöhnlich finden sich kleinzellige Infiltration mit und ohne Riesenzellen in der Drüsensubstanz selbst und auch im interacinösen Bindegewebe nebst Tuberkelknötchen.

Bei irgend welchen tuberkulösen Herden im Körper, von denen aus bereits eine Verschleppung der Keime stattgefunden haben kann, begünstigen den Ausbruch der Drüsenaffektion kongestive Zustände daselbst (Menstruation, Gravidität, Puerperium, Trauma).

Bei reiner primärer Mammatuberkulose ist die Amputatio mammae natürlich das einzig rationelle Verfahren; sind gleichzeitig andere Theile des Organismus mit erkrankt, so hängt die Prognose von dem Grade dieser Leiden ab. Ist der Kräftezustand gut, so kann man hier ebenfalls, besonders bei der disseminirten Form eine Heilung erwarten. Sonst wird man sich auf die Auslöffelung der Abscessmembranen, Fistelgangauskleidungen nebst Entfernung der benachbarten Gewebsschichten mit nachfolgender Kauterisation oder Ätzung mit Lapis, Tct. Jodi etc. und Jodoformbehandlung beschränken.

Zum Schluss berechnet P. unter den weiblichen Kranken der Poliklinik des Prof. Albert vom 1. Oktober 1881 bis dahin 1886 das Verhältnis der Tuberkulose der Brustdrüse zu den übrigen Brustdrüsentumoren auf 1,65%.

Menzel (Görlitz).

12) **Luckinger.** Transitorische Aphasie im Spätwochenbette.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 5.)

23 Jahre alte IIpara; spontane Geburt; L. wird wegen Retention der Placenta gerufen; partielle Adhärenz derselben und manuelle Lösung. Das geborene Kind entspricht dem 8. Monat; unbedeutende Anämie der Mutter. Das Puerperium verlief bis zum 16. Wochenbettstage ganz normal, an welchem sich unter plötzlichem Cessiren des Lochienflusses und der Milchsekretion eine linksseitige Supraorbitalneuralgie einstellte; Natron salicyl. Im weiteren Verlauf von 36 Stunden ist das Wesen der Wöchnerin eigenthümlich verändert; das Denken und Reden ist erschwert, daneben eine gewisse Somnolenz und Apathie, welche in tiefes Koma übergehen, mit vorheriger Unfähigkeit, irgend ein Wort zu sprechen; außerdem war die Temperatur erhöht, 39,8 und 140 Pulse. Am 18. Wochenbettstage kommt es zu zweimaligen eklamptiformen Anfällen, hauptsächlich des rechten Armes, während sich der linke und der Rumpf nur wenig mit betheiligen; Gesichtsmuskulatur nicht afficirt. Urin normal. Nach kurzem Bestehen dieser Erscheinungen tritt unter Abfall der Temperatur und Wiedereinsetzen der zuerst blutigen Lochien und der Milchsekretion, so wie unter allmählichem Wiedererscheinen der Sprache in 5 Wochen völlige Genesung ein.

Die wahrscheinlichste und ungezwungenste Deutung der Erscheinungen ist nach Verf. eine Embolie der Art. Fossae Sylvii der linken Seite; vielleicht dass sich durch forcirte Bewegungen ein kleiner Thrombus der inneren Genitalien ge-

löst hat; dafür, dass diese Lösung durch eine septische Spätinfektion erleichtert worden wäre, liegt kein Anhalt vor. **Menzel** (Görlitz).

13) **Fraipont.** Jodoformgazetamponade des Uterus zur Blutstillung.

(Annal. de la soc. med.-chir. de Liège. 1887.)

Eben so wie Fritsch, allerdings beim nichtgraviden Uterus, und Dührssen bei atonischen Postpartumblutungen große Vortheile von der Jodoformgazetamponade der Uterushöhle gesehen haben, empfiehlt F. diese Tamponade ebenfalls auf Grund günstiger Erfahrungen, sowohl nach Aborten und richtigen Geburten, als überhaupt auch nach allen intra-uterinen Eingriffen, welche von Nachblutungen gefolgt sein können; denn abgesehen von der desinficirenden und filtrirenden Wirkung der Jodoformgaze errege dieselbe auch als Fremdkörper in der Uterushöhle Wehen und wirke dadurch günstig auf die Stillung der Blutung.

Die Gaze wird von ihm in meterlangen Streifen nach Freilegung der Theile mit dem Speculum und Fixation der Portio in das Cavum uteri hineingebracht und wie bekannt 24 Stunden und noch länger liegen gelassen.

Menzel (Görlitz).

14) **Burger.** Über einen seltenen Fall von multilokulärem Fibro-Myxo-Kystom der Bauchhöhle bei einem 15jährigen Mädchen.

Inaug.-Diss., München, 1887.

Ein 15jähriges, noch amenorrhoisches Mädchen, dessen Vater an Magencarcinom gestorben, leidet seit 3 Jahren an recidivirender, rechtsseitiger, umschriebener Peritonitis, neben welcher ein allmählich wachsender cystischer Tumor nachgewiesen wurde, der nach 9maliger Punktion (Entleerung gelatinöser Flüssigkeit) bei seiner Wiederanfüllung endlich spontan durch den Darm perforirte. Tod an Erschöpfung.

Die Sektion ergab einen großen multilokulären Tumor, der einer Eierstockscyste sehr ähnlich und welcher mit dem Parietalperitoneum, so wie mit der Leber durch Bindegewebsstränge verwachsen war. Das Zwerchfell war auf der rechten Seite bis zur Höhe der dritten Rippe emporgedrängt. Uterus und Ovarien beiderseits vorhanden, ohne Zusammenhang mit der Geschwulst.

Die mikroskopische Untersuchung der verschieden dicken Wandungen des Cystenkonglomerates ließ stark gequollene mit Schleim infiltrirte Faserzüge neben rein fibrösen Gewebspartien und solchen, in welchen Fettmetamorphose sich wahrnehmen ließ, erkennen. Epithelauskleidung der Innenwand fehlte vollkommen.

Als Ausgangspunkt dieser Geschwulst nimmt Verf. entweder das Peritoneum, das Netz oder das Mesenterium in Anspruch und neigt sehr zu letzterem als Ausgangspunkt. Übrigens findet sich im Original keine Angabe über Vorhandensein oder Verhalten des Netzes zum Tumor. **Menzel** (Görlitz).

15) **Seeger.** Über solide Tumoren des Ovarium.

Inaug.-Diss., München, 1888.

Verf. hat das bezügliche Material des pathologisch-anatomischen Instituts der Münchener Universität untersucht und dabei

3 Fibrome, 4 Sarkome (wovon 2 doppelseitig und eins davon sekundär bei gleichzeitigem Dermoidkystom), 5 Carcinome (einmal doppelseitig, einmal bei Dermoidcyste), und 3 Mischformen »Carcinoma sarcomatosum« (zweimal doppelseitig) gefunden.

Von den 4 Sarkomen waren 3 Rundzellensarkome und nur das eine ein Spindelzellensarkom; freilich ist bei zweien der ersten Kategorie nicht ganz sicher, ob sie primär im Ovarium sich entwickelt haben. **Menzel** (Görlitz).

16) **O. O. Burgess** (San-Francisko, Kal.). Interessanter und abnormer Befund bei einem Falle von Ovariotomie.

(Pacific. med. and surg. journ. 1888. Februar.)

Bei einem 17jährigen Mädchen, das seit 5 Jahren regelmäßig und leicht menstruirte, entwickelte sich seit 10 Monaten eine leichte Vermehrung des Leibesumfanges, dabei bestanden unbestimmte Schmerzen über das ganze Abdomen hin.

Die Untersuchung stellte einen (Ovarial-) Tumor fest. Bei der Operation zeigt sich oberhalb des Uterus rechts von der Medianlinie ein kindskopfgroßer Tumor, von welchem ein Strang nach oben in die Gegend der Leber führt und von welchem seitlich zwei darmähnliche Gebilde abgehen; die Geschwulst selbst ist in eine Falte des breiten Mutterbandes eingehüllt. Nach Entfernung derselben zeigte es sich bestimmt, dass es sich um zwei an einander gelagerte dermoid entartete Ovarien handelte, deren Zwischenwand usurirt war. Die seitlich abgehenden Gebilde sind die Tuben; über den nach aufwärts führenden Strang giebt die anatomische Untersuchung keine Aufklärung. **Kreutzmann** (San-Francisko).

17) **Dohrn.** Exkoriation der Stirnhaut bei einem Neugeborenen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 2.)

Von einer 23jährigen IIpara wird ein schwächlich entwickeltes Mädchen spontan mit der Glückshaube geboren, welches an der linken Stirnhälfte eine Exkoriation trägt, die von 2 gekreuzten, scharfrandigen Streifen gebildet wird, in der Mitte lebhaft geröthet und mit kleinen Granulationen bedeckt ist.

Die erste Entbindung war spontan und rechtzeitig verlaufen; die mütterlichen Geburtswege waren frei von Knochenvorsprüngen und erklärten die Verletzung nicht; eben so wenig wusste die Mutter von einem Trauma in der Schwangerschaft zu berichten und endlich konnte man bei der Schwächlichkeit des Kindes kaum annehmen, dass es sich selbst eine derartige Verletzung in utero beigebracht hätte.

Das Zustandekommen der Exkoriation erklärte sich bald nachher so, dass 2 Tage ante partum die betreffende Mutter bei bereits eröffnetem Cervicalkanal von 15 Klinicisten, sämmtlich Anfängern, untersucht war, wobei dem Kinde mit scharfem Nagel jedenfalls die Verletzung beigebracht worden ist.

Menzel (Görlitz).

18) **Wathen** (Louisville). Über rapide Dilatation des Cervix uteri.

(Illustr. Monatsschrift der ärztl. Polytechnik 1888. No. 1.)

Zu dem bei uns in Deutschland namentlich schon längst geübten Verfahren der rapiden Dilatation wendet W. ein fast dem Schultze'schen Dilatator gleiches Instrument, welches sich nur durch Abknickung des Griffes von ersterem unterscheidet, an. **Menzel** (Görlitz).

19) **Weydlich** (Prag). Zwei Fälle von Porro-Operationen bei Vaginalatresie.

(Prager Zeitschrift für Heilkunde 1888. Bd. IX. Hft. 2.)

W. berichtet über 2 Fälle von Unwegsamkeit der Scheide bei Gebärenden, welche Prof. Schauta veranlassten, die Operation nach Porro zu machen.

Der erste Fall betraf eine 32jährige Primipara mit totaler Scheidenatresie, deren Ursache in diphtheritischen Zerstörungen der Scheide als Folge eines im 11. Jahre überstandenen Scharlachs mit darauf folgender Verwachsung der Vaginalwände, die zu einer Scheidenstenose Anlass gaben, lag. Durch den Coitus wurde die stenosirte Scheide neuerdings verletzt und durch Verheilung dieser Verletzungen während der Schwangerschaft die vollständige Atresie herbeigeführt. Bei der Aufnahme fand man die Scheide am Übergange des untersten ins mittlere Drittel blindsackförmig durch starre Narbenstränge abgeschlossen; durch Blase und Rectum wird der Muttermund als beinahe verstrichen, zweite Schädellage mit fixirtem Kopfe diagnosticirt. Wegen Unmöglichkeit die Scheide zu erweitern mit eventuell nachfolgender Perforation des lebenden Kindes, wurde die Entbindung mittels Kaiserschnittes und zwar wegen des behinderten Lochialabflusses nach Porro ausgeführt. Bauchschnitt begann 3 Querfinger über dem Nabel und reicht bis 2 Querfinger über die Symphyse. Der Uterus wurde in situ eröffnet, weil wegen des bereits fixirten Schädels ein Hervorwälzen desselben unmöglich war. Aus demselben Grunde konnte auch kein elastischer Schlauch vor der Incision angelegt werden,

trotzdem war die Blutung keine enorme. Die Entwicklung der Frucht (50 cm, 3550 g) war wegen fixirten Kopfes schwierig. Amputation des Uterus nach vorheriger Lösung der Placenta von der hinteren Wand und Hervorwälzung der Gebärmutter; linkes Ovarium ganz, rechtes zum Theil entfernt; peritoneale Umsäumung des Stumpfes und Fixation desselben im unteren Bauchwundwinkel. Heilungsverlauf war ein günstiger.

Der zweite Fall betraf eine 36jährige IIpara, die 9 Jahre vorher bei ihrer ersten, ohne Assistenz erfolgten Geburt schwere Verletzungen der Geschlechtstheile erlitten hatte. Die ersten Wehen stellten sich 17 Tage vor Eintritt in die Klinik ein, seit 8 Tagen keine Kindesbewegungen mehr. Befund bei der Aufnahme: apathisch daliegende Frau; Uterus reicht bis zum Proc. xyph.; in der Nabelhöhe deutlicher Kontraktionsring; Vagina etwas unterhalb ihrer Mitte durch strahlige Narbenstränge athresirt, keine Öffnung darbietend. Weder durch den Scheidenblindsack, noch durch Urethra oder Rectum der Muttermund oder ein vorliegender Kindstheil palpabel. Bei starkem Andrängen mit der Sonde an das Narbengewebe stößt dasselbe durch; nach Dilatation dieser Öffnung mit Hegar's Stiften fühlt der eingeführte Finger den Schädel eines macerirten Kindes. Auf Entwicklung der Frucht per vias naturales wurde in Hinsicht auf die große Gefahr der Infektion durch das Passiren eines macerirten Kindeskörpers über frisch geschaffene Wunden verzichtet und die Sect. caes. vorgenommen. Bauchschnitt begann 3 Finger über dem Nabel und reichte bis 1 Finger über die Symphyse; Hervorwälzung des uneröffneten Uterus, was trotz des bereits ins Becken eingetretenen Kopfes wegen der Maceration der Frucht leicht gelang. Das Anlegen einer provisorischen Ligatur vor dem Uterusschnitte unmöglich; beim Durchschneiden des Uterus trotz Komprimirung der Adnexa sehr heftige Blutung, da der Schnitt die Placenta traf. Entwicklung der hochgradig macerirten Frucht; wegen bedenklichen Aussehens der Uterusinnenfläche wird die Uterusamputation vorgenommen. Versorgung des Stumpfes wie im ersten Falle. Der weitere Verlauf war ein vollkommen glatter.

W. stellt auf Grund dieser Fälle folgende Grundsätze für die Entbindung bei Scheidenatresie auf:

1) Wegsammachung der Scheide bis zum Grade des freien Abflusses der Lochien, dann Kaiserschnitt.

2) Im Falle 1 unmöglich, oder der Zustand des Uterus dessen Erhaltung verbietet, Porro.

Den Schluss der Arbeit bildet eine Kritik gegen Kessler's Forderung atresische Scheiden zu eröffnen und so die Entbindung auf dem natürlichen Wege zu vollenden. **Torggler** (Innsbruck).

20) **Wölfler** (Graz). Zur Diagnose und Therapie der Pankreascysten.

(Prager Zeitschrift für Heilkunde Bd. IX. Hft. 2 u. 3.)

W. beschreibt einen schon desshalb bemerkenswerthen Fall, weil es der erste ist, in welchem bei einer Frau im Vorhinein die Diagnose auf Pankreascyste gestellt werden konnte. Eine 21jährige Frau, die in der Jugend Malaria überstanden und vor 4 Jahren an einem mit Ikterus verbundenen akuten Gastrointestinalkatarrh gelitten hatte, bemerkte im Anschlusse an letztere Krankheit das Auftreten eines Anfangs verschieblichen, später unbeweglichen Tumors im Epigastrium, der 2 Jahre hindurch unter merklicher Kräfteabnahme der Pat. wuchs, dann stationär blieb. Magenbeschwerden dauerten fort, Menses ungestört. Kein vermehrter Fettreichthum der Fäces, keine aufgefaserten queren Muskelfasern in denselben. Der jetzt 2mannskopfgroße, die ganze Oberbauchgegend bis zum Nabel stark vorwölbende nicht deutlich fluktuirende Tumor war nach oben zu vom Magen, nach unten vom Col. transv. überlagert, nach rechts durch eine schmale tympanitische Zone von der Leber abgegrenzt. Chyluscyste war durch den Sitz des Tumors, Cyste der Nebenniere durch die Lagerung des Colon transv. ausgeschlossen, denkbar war nur Verwechslung mit Echinococcuscyste im Mesocolon transv. Laparotomie. Punktion der Cyste, Entleerung von 5 Litern einer trüben eiweiß- und cholestearinreichen, saccharificirenden, aber nicht emulgirenden Flüssigkeit, Drainage der Cyste nach

Annähung ihrer Wand an die Bauchdecken. Verlauf war einige Zeit durch Fiebereintritt in Folge von ausgebreiteter Gangrän der auffallend morschen Cystenwand gestört, Genesung. W. möchte der Untersuchung des Cystensekretes in derartigen Fällen keine allzu große diagnostische Wichtigkeit einräumen, da nach v. Jaksch's Untersuchungen auch anderen Sekreten saccharificirende Eigenschaften zukommen und empfiehlt im Allgemeinen in derartigen Fällen die Probeincision, hierauf Punktion bei geringer Spannung, bei starker Spannung der Cyste jedoch die zweizeitige Incision. Bezüglich der Einzelheiten muss auf die Originalarbeit verwiesen werden. **Piering** (Prag).

21) **Piering** (Prag). Zur Kasuistik der Gascysten der Scheide.

(Prager Zeitschrift für Heilkunde Bd. IX. Hft. 3.)

24jährige Magd im vorletzten Monat der zweiten Schwangerschaft bietet bei ihrer Aufnahme in Schauta's Klinik folgenden Genitalbefund: am äußeren Genitale einzelne leichte Varices; Vagina weit, deren Schleimhaut diffus geröthet, etwas aufgelockert, nicht hypertrophisch; vermehrte dünnflüssige, rahmartige Sekretion. Im Bereiche der ganzen Scheide, so wie zum Theil auch an der Vaginalportion äußerst reichliche, zerstreut oder in Gruppen stehende und durchwegs oberflächlich gelegene hirsekorn- bis erbsengroße, glattwandige Prominenzen, welche im Speculum bläulich durchschimmern. Diese Cystchen sind prall gespannt und beim Anstechen einzelner derselben entleert sich ein farb- und geruchloses Gas, oft von einem zischenden Geräusch begleitet; bei den größeren Cysten fühlte man deutlich emphysematöses Knistern. Behufs histologischer Untersuchung wurde von der hinteren Scheidenwand ein Stück Schleimhaut mit mehreren Cysten excidirt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass im vorliegenden Falle der Entstehungsort der Cysten in den Lymphfollikeln so wie den Lymphräumen lag. P. glaubt mit diesem Untersuchungsresultate Chiari's und Breisky's Ansicht, dass im Allgemeinen Veränderungen des lymphatischen Apparates der Scheide zur Bildung dieser Cysten führen, kräftigst zu unterstützen. Für diese Ansicht über die Natur der Cysten spreche auch der klinische Verlauf des Falles, denn 3 Wochen nach der Excision waren die Cysten (bis auf ganz vereinzelte kleine im Scheidengewölbe) verschwunden und kamen auch während der ganzen Beobachtungszeit nicht wieder zum Vorschein. Die Geburt erfolgte 5 Wochen nach der Entfernung des Schleimhautlappens. P. bringt dieses auffallend frühe Verschwinden während der Gravidität in Zusammenhang mit der vorgenommenen Excision einiger derselben, indem er an eine Kommunikation der einzelnen Cysten durch irgend welche Bahnen (Lymphgefäßsystem) glaubt; durch die Excision wurden zahlreichere Lymphbahnen eröffnet, durch welche das Gas aus den durch eben diese Lymphbahnen mit einander allseitig kommunicirenden Cysten entweichen konnte.

Torggler (Innsbruck).

Für die Naturforscher-Versammlung in Köln sind noch folgende Vorträge angemeldet:

5) Herr Dr. Schücking, Pyrmont: Die vaginale Ligatur des Uterus und ihre Anwendung bei beweglicher Retroflexio und Prolapsus uteri.

6) Herr Dr. Thiem, Kottbus:

a. Über Veränderungen der Corpusschleimhaut bei Portiocarcinom nebst kurzen Bemerkungen zur Indikationsstellung und zum Verlaufe der vaginalen Totalexstirpation.

b. Demonstration eines periurethralen Carcinoms.

7) Herr Docent Dr. Krukenberg, Bonn: Über die Durchlässigkeit der Eihäute.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 36. **Sonnabend, den 8. September.** **1888.**

Zur Behandlung der atonischen Post-partum-Blutungen mittels Tamponade der Uterushöhle.

Von

S. Chazan.

Dir. Arzt der Frauenheilanstalt zu Grodno (Russland).

Die Einführung der Antisepsis in der Geburtshilfe hat uns schon zu manchen gewagten Eingriffen ermuthigt, die sich jedoch später nur als segensreich und unschädlich bewährt haben. Zu solchen scheinbar schweren Eingriffen gehört auch die von Dührssen[1] empfohlene Uterustamponade mit Jodoformgaze bei Atonie des Uterus nach normaler Geburt.

Ich bin nun in der Lage gewesen, in drei unlängst nach einander behandelten Fällen dieses Verfahren, jedoch mit manchen Abweichungen, anzuwenden, und kann dessen segensreiche Wirkung nur voll und ganz anerkennen.

Die hierher gehörigen drei Fälle sind kurz folgende:

[1] Centralbl. f. Gyn. 1887. p. 553.

1) T. 20 Jahre alt, kräftiger Konstitution, Ipara. Normales Schwangerschaftsende. Anfang der Wehen 1. April dieses Jahres 7 Uhr Morgens. Bei meiner Ankunft am 2. April 7 Uhr Morgens: Vollständige Erweiterung des Muttermundes, Blase steht nicht mehr, wann das Wasser abgegangen, nicht zu eruiren. I. Steißlage, Steiß bald in der Schamspalte sichtbar. Herztöne regelmäßig, Allgemeinbefinden der Mutter gut. Wehen schwach. Nach zwei Stunden Geburt des Rumpfes bis zum Nabel; ich löste darauf schnell die Arme und extrahirte ohne Schwierigkeit den Kopf. Das Kind schrie laut auf. Die Gebärmutter, mit der Hand durch die Bauchdecken überwacht, kontrahirt sich schlaff. Eine halbe Stunde p. p. exprimirte ich die Placenta und noch während ich dieselbe betrachtete, wurde ich auf eine starke Blutung aus den Genitalien und Erblassen der Kreißenden aufmerksam gemacht. Bei sofort vorgenommenem Massiren der erschlafften Gebärmutter wurde letztere etwas härter; die Blutung dauerte jedoch fort. Die Kranke fing an, über Übelkeit und Kopfschwindel zu klagen.

Die Untersuchung von Vagina und Uterus ergab keine Verletzung derselben; zugleich bemerkte ich, dass auch das Verweilen der Hand in der Gebärmutterhöhle und gleichzeitige Massage der Placentarinsertionsstelle von außen die Blutung nicht zum Stillen brachten. Da entschloss ich mich zum Ultimum refugium und tamponirte die Uterushöhle mit einem Stück nicht desinficirter, aber reiner Leinwand. Die Blutung stand sofort. Nach Entfernung des Tampons nach 5 Stunden wurde die Uterushöhle mit 2%iger Karbollösung ausgespült. Das Wochenbett verlief normal; die Wöchnerin verließ am zehnten Tage das Bett.

2) J. 37 Jahre alt, XIpara. Frühere Geburten normal. Letzte Menses Ende Juli 1887. Anfang der Wehen ungefähr 24 Stunden vor dem Blasensprung, der am 10. Mai 1888 um 2 Uhr Morgens bei vollständiger Erweiterung des Muttermundes, wie die Hebamme angab, erfolgte. Bei meiner Ankunft am 10. um 8 Uhr Morgens fand ich den Leib meteoristisch aufgetrieben, nicht empfindlich. Herztöne nicht zu konstatiren. Erste Schädellage. Kopf in Beckenmitte. Muttermund vollständig erweitert. Allgemeinbefinden befriedigend. Wehen sehr schwach. Kreißende bat mich, die dieses Mal ausnahmsweise sich in die Länge ziehende Geburt künstlich zu beenden, was mir auch mittels Zange leicht gelang. Das Kind, ein ungewöhnlich großer Knabe, kam ohne Lebenszeichen zur Welt. Kaum hatte ich auf Wunsch der Mutter dieselbe verlassen, um die von der Hebamme inzwischen an dem Kinde nutzlos angestellten Wiederbelebungsversuche selbst fortzusetzen, als ich wegen plötzlich aufgetretener Blutung wieder zu ihr zurückgerufen wurde. Da mir der Versuch, die Gebärmutter von außen richtig zu fassen, wegen des stark aufgetriebenen Leibes und der während meiner Abwesenheit abgewichenen Lage des Uterus nicht sofort gelang, entschloss ich mich, auf Expression der Placenta von außen zu verzichten und löste dieselbe manuell.

Die Blutung stand jedoch nicht. Das Massiren von außen richtig auszuführen, war, wie ich sagte, unmöglich, und so, ermuthigt durch den früher erlebten Fall, tamponirte ich schnell die Gebärmutterhöhle mit in 2%ige Karbollösung getauchter und ausgedrückter Watte. Die Blutung stand. Die Entfernung des Tampons erfolgte 5 Stunden später, worauf die Gebärmutterhöhle mit 2%iger Karbollösung ausgespült wurde. Über den Verlauf des Wochenbettes ist eine einzige Temperatursteigerung bis 38,4 am 12. Mai Abends zu erwähnen. Der Puls stieg in den ersten Tagen bis zu 120, sank aber schon am 13. Morgens auf 100 und verblieb zwischen 80—90 bis zu 14 Tagen nach der Geburt, zu welcher Zeit die Pat. das Bett verließ.

3) R. 34 Jahre alt, schwacher Konstitution, Xpara, darunter eine Fehlgeburt. Über den Verlauf der Geburt war von der tauben Kreißenden und stupiden Hebamme wenig zu eruiren. Letztere gab nur an, die starke Blutung gleich nach der Geburt habe sie veranlasst, die Placenta manuell zu entfernen. Da aber der Blutabgang fortdauerte, tamponirte sie die Scheide mit in verdünnten Liquor ferri getauchter Watte. Bei meiner Ankunft, eine Stunde nach der Geburt, am 20. Mai 1888 um 11 Uhr Abends fand ich die Kranke unter schweren Erscheinungen akuter Anämie: ungemeine Blässe, Haut mit kaltem Schweiß bedeckt, kaum fühlbarer beschleunigter Puls, Kopfschwindel, Erbrechen etc. Der Uterus, bis zum Nabel stehend, kontrahirt sich sofort beim Massiren von außen. Da die Blutung zu stehen schien, suchte ich nun, indem ich den Uterus fest in der Hand hielt, durch gehörige Lagerung der Kranken, Verabreichung von Milch, Thee und hauptsächlich verdünnter Kochsalzlösung, sowie durch warme Flaschen an den Füßen den Collapsus zu verhüten. Erst nach zwei Stunden gelang es mir, den Zustand der Kranken merkbar zu verbessern. Darauf schritt ich zur Entfernung des von der Hebamme eingelegten Tampons, hinter welchem sich eine Menge Coagula vorfand. Ich war schon im Begriff, die Kranke zu verlassen und wollte nur noch zum letzten Male deren Leib abtasten, als ich auf den wiederum erschlafften Uterus aufmerksam wurde; die Kreißende klagte wieder über Kälte, der Puls wurde kleiner und von Neuem stürzte das Blut hervor. Es blieb nun nichts übrig, als die mit Blutcoagula gefüllte Uterushöhle zu entleeren, worauf ich dieselbe mit in 2%ige Karbollösung getauchter Watte tamponirte. Nach Entfernung derselben 6 Stunden später wiederum Ausspülung der Uterushöhle mit 2%iger Karbollösung. Das Wochenbett verlief ohne wesentliche Reaktion. Die Wöchnerin, obgleich stark anämisch, war schon am 15. Tage außer Bett.

Es liegt mir fern, die Uterustamponade als das einzige und beste Mittel bei atonischen Post-partum-Blutungen hinzustellen; im Gegentheil sind Massage des Uterus von außen, eben sowohl als auch heiße oder kalte Duschen, wo deren prompteste Herstellung möglich ist, ihr entschieden vorzuziehen. Zweck meiner Mittheilung ist nur, vorerst den Ausspruch Dührssen's zu bestätigen, »keine Frau dürfe

mehr an Verblutung zu Grunde gehen,« da schon allein das Bewusstsein, in der Tamponade noch im äußersten Falle ein unbedingt sicheres Mittel zu besitzen, dem Arzte während der Behandlung mit anderen Mitteln die nöthige Ruhe und Sicherheit erhält. Andererseits will ich eines Umstandes erwähnen, dessen Wichtigkeit ich schon an anderer Stelle[2] hervorgehoben habe, dass ein günstiger Erfolg geburtshilflicher Eingriffe nur durch gewissenhafteste Beobachtung der prophylaktischen Antisepsis bedingt wird. So ist auch der gute Ausgang der Tamponade in den Fällen von Dührssen und den meinigen nicht der Anwendung von Jodoform resp. Karbol, sondern wahrscheinlich nur dem Umstande zuzuschreiben, dass unsere Hände lange vor der Behandlung gerade rein von specifisch infektiösen Stoffen waren.

Darum möchte ich überall dort, wo die prophylaktische Antisepsis nicht mit voller Exaktheit beobachtet werden kann, von der Uterustamponade als einem unter solchen Umständen durchaus nicht ungefährlichen Eingriff abrathen, wenn auch dabei Karbol, Jodoform oder irgend ein anderes Antisepticum angewendet würde.

---

1) **L. Liebermann** (Budapest). Embryochemische Untersuchungen.

(Pflüger's Archiv 1888. Bd. XLIII. Hft. 2—4.)

Verf. hat sich zur Aufgabe gemacht, die Dotterhülle, die dem Dotter anhängenden Schnüre (Chalazeon) und die Keimscheibe chemisch zu untersuchen. Auch über das Fett, das Nuclein, den Stoffwechsel des bebrüteten Eies bis zur völligen Entwicklung des Hühnchens, über den Gehalt der Embryonen an Wasser, organischer Substanz und Asche bei fortschreitender Entwicklung hat Verf. genaue Untersuchungen angestellt. An der Ausführung der betr. Analysen betheiligten sich außer Verf. noch L. Kramsky und Dr. Graf J. Csàky.

Die Hülle des Eigelbs ist ein Albuminoid, welches sich von den keratinartigen Substanzen und von den Albuminen durch einen geringen Kohlenstoff — wie auch durch den niedrigen Stickstoffgehalt unterscheidet. Die Hagelschnüre stimmen nach Befreiung vom Eiweiß in ihrem Aussehen und in ihren Reaktionen überein mit der Dotterhülle, aber ihre procentische Zusammensetzung ist eine abweichende. Die Untersuchung der das Eiweiß durchziehenden Membranen ergab, dass sie schwefel- und stickstoffhaltig sind und dass sie in ihrer Zusammensetzung sich viel mehr den Eiweißkörpern nähern, als dies mit der Dotterhülle und dem Chalazeon der Fall ist. Die Substanz der Keimscheibe ist wahrscheinlich ein globulinartiger Eiweißkörper, welcher nach den Untersuchungen des Verf.s etwas Lecithin enthalten dürfte. Auch später bei der fortschreitenden Entwicklung werden vor Allem Eiweißkörper angesetzt. Das Material dazu wird aus dem Blute geliefert. Dasselbe gehört zu den

[2] Zeitschr. f. Geburtsh. u. Frauenkrankh. (russisch) 1887. No. 6 u. 9.

allerersten Bildungen im bebrüteten Ei und füllt strotzend schon die Gefäße des Fruchthofes. Je mehr die Entwicklung fortschreitet, desto mehr nimmt der Hämoglobingehalt des Embryo (und zwar noch über die vollkommene Reife hinaus) zu. Verf. schreibt dies nicht nur einer vermehrten Bildung, sondern auch einem verminderten, resp. anders gearteten Verbrauch zu, da die Blutbildung in so fern vom Embryonalkörper unabhängig sei, als das Blut wenigstens in den Anfangsstadien der Entwicklung keineswegs vom embryonalen Organismus resp. von Organen desselben bereitet wird, weil solche noch gar nicht existiren. Man habe daher a priori keineswegs zu erwarten, dass ein entwickelter Embryo mehr Blut enthalten müsste, wie ein weniger entwickelter. Auch könnte man annehmen, dass die Menge des Blutes, welches sich aus den Dotterbestandtheilen unmittelbar umbildet, sich nicht wesentlich ändert. Anfangs wird es zum Aufbau der Organe verwendet. Werden später die Zellen zu Organzellen, so dient alsdann das Blut nur zur Ernährung und zum Wachsthum derselben.

Die allernächsten Umwandlungsprodukte der Eiweißkörper, die Albuminoide, finden sich schon frühzeitig im Embryonaltheile. Ein mucinartiger Körper kommt nur in früheren Entwicklungsstadien und zwar in ganz minimalen Mengen vor. Mit dem Auftreten des Knorpel erscheint auch ein leimgebendes Gewebe. Dasselbe liefert nur Chondrin, nie Glutin, welches sich erst beim erwachsenen Huhn findet. Das embryonale Keratin und leimgebende Gewebe der embryonalen Knochen sind ärmer an C und N und reicher an Wasserstoff, als ähnliche Bestandtheile erwachsener Thiere.

Der phosphorsaure Kalk der Knochen des Hühnerembryo entsteht durch chemische Processe aus anderen Bestandtheilen des Eiinhaltes während der Bebrütung. Das Material für die Phosphorsäure wird wahrscheinlich vom Nuclein des Dotters, für den Kalk von einem Kalkalbuminat des Eiinhalts geliefert. Das Nuclein ist eine leicht zerlegbare Verbindung von Eiweiß und Metaphosphorsäure. Das Lecithin ist nicht frei im Eidotter enthalten, sondern an einen anderen Körper (Vitellin?) gebunden. Das Lecithin spielt im Thierkörper eine sehr wesentliche, wenn auch noch nicht genügend bekannte Rolle.

Das Fett ist bis zu den spätesten Entwicklungsstadien nur in sehr unbedeutenden Mengen im Embryo enthalten. Gegen das Ende der Bebrütung findet man bedeutendere Quantitäten vor. Der größere Theil dieses Fettes ist nichts Anderes, als das in der Bauchhöhle als Nahrungsmittel aufgenommene Dotterfett. Dass aber Fett in den einzelnen Geweben, besonders in Knochen vorkommt, ist sicher. Das Dotterfett ist das wichtigste Nahrungs- bezw. Respirationsmittel des Embryo.

Die vom Verf. über den Stoffwechsel des Eies während der Bebrütung angestellten Untersuchungen haben Folgendes ergeben. Das Ei verliert durch Verdunstung beträchtliche Mengen Wassers. Es

verliert C, H, N und O und zwar verhalten sich die Verluste an diesen Elementen (N als Einheit genommen) wie 1 N:12 C; 2,7 O; 1,6 H. Fett und Eiweiß dienen als Respirationsmaterial. Der Oxydation des Fettes geht eine Spaltung desselben voraus. Das Eifett besteht aus einem Gemisch eines starren und flüssigen Fettes und etwas Cholesterin. Der feste Antheil besteht aus Tripalmitin und vielleicht sehr wenig Tristearin. Der flüssige (das eigentliche Eieröl) ist ein Glycerid, welches 40,00% Ölsäure, 38,04% Palmitinsäure, 15,21% Stearinsäure enthält.

Die Grundzüge der Reihenfolge, in der sich die verschiedenen Gewebe des Embryo bilden, sind nach den Untersuchungen des Verf. folgende: Im Beginn der Entwicklung werden sehr wasserreiche Gewebe gebildet, der Wasserreichthum nimmt aber stetig ab. Die wasserlöslichen Bestandtheile verhalten sich in der Weise, dass die Ausbildung dieser Stoffe zwar fortwährend stattfindet, das Tempo verlangsamt sich aber stetig mit fortschreitender Entwicklung. Umgekehrt verhält es sich mit den in Alkohol löslichen Bestandtheilen. Eine sehr auffallende Steigerung erfährt der Fettgehalt. Anfangs sehr gering, ist er zuletzt sehr beträchtlich. Die Menge der in Wasser unlöslichen Eiweißstoffe und Albuminoide ist bei fortschreitender Entwicklung vermehrt. Der Ansatz ist ein regelmäßiger und stetiger. Im Verhältnis der in Essigsäure löslichen Körper — Eiweißstoffe — zu den unlöslichen Albuminoiden tritt in so fern eine Änderung ein, als sich jene bei fortschreitender Entwicklung bedeutend vermindern, diese aber eben so vermehren. **v. Swięcicki** (Posen).

---

2) **F. A. Schmidt** (Bonn). Die künstliche Ernährung des Säuglings.

Berlin, **Heuser**'scher Verlag, 1888.

Da die Ernährung an der Mutterbrust durchschnittlich nur $^1/_3$ sämmtlicher Säuglinge zu Gute kommt, und $^2/_3$ künstlich ernährt werden, so ist durch Soxhlet ein Verfahren geboten worden, die Kuhmilch, als das beste Substituenz der Frauenmilch auf rasche und bequeme Art unschädlich, d. h. keimfrei zu machen. Um die Kuhmilch der Frauenmilch möglichst ähnlich zu machen, muss sie bekanntlich mit Wasser verdünnt werden, wodurch der zu große Gehalt an Eiweiß (Kaseïn), so wie an Salzen gemindert wird. Fett und Zucker enthält dagegen die Kuhmilch in geringerer Menge und muss das letztere Übel daher durch Zuckerzusatz ausgeglichen werden. Da aber das Kaseïn der Frauenmilch in feineren Flocken gerinnt, und der größere Gehalt an Fett nicht ersetzt werden kann, so bleiben nach dieser Richtung hin immer noch Nachtheile zurück. Ein anderer Fehler, der nun aber durch Soxhlet's Verfahren ganz beseitigt werden kann, ist der, dass auf dem Wege vom Euter der Kuh bis zum Mund des Säuglings unzählige Schädlichkeiten durch Zersetzung der Milch und Verunreinigung derselben mit krank-

machenden Keimen gegeben sind. Denn die Milch ist ein äußerst fruchtbarer Nährboden für Kokken und Bakterien aller Art. Sie wird leicht mit Spaltpilzen inficirt, die entweder die Kuhmilch verändern, oder direkt auf den Körper des Säuglings krankheiterregend einwirken. Soxhlet hat nun die Aufgabe gelöst, die Milch je nach dem Alter des Kindes zu verdünnen und in den zu unmittelbarem Genuss des Säuglings bestimmten Mengen in kleinen Flaschen keimfrei zu machen und keimfrei zu verschließen.

Es geschieht dies auf folgende einfache Weise: 10 Fläschchen, die 150—200 g Flüssigkeit aufnehmen, werden mit Milch (oder je nach dem Alter des betreffenden Säuglings, mit Milch und Zuckerwasser oder Gerstenschleim) gefüllt, in ein dazu bestimmtes Drahtgestell gethan, und mit diesem in einen gewöhnlichen Kochtopf gestellt, der etwa bis zur Hälfte mit Wasser gefüllt ist. Dann wird das Ganze 20 Minuten mit unverschlossenen Flaschen, dann weitere 20 Minuten mit dem gleich erwähnten Verschluss der Flaschen gekocht. Der Verschluss besteht in einem durchbohrten Gummipfropfen, der schon während der ersten 20 Minuten auf den Flaschen sitzt, und in einem soliden Glastöpfchen, das erst nach Ablauf der ersten 20 Minuten daraufgesetzt wird. Mit diesen 10 Fläschchen ist ein Tagesbedarf hergestellt und wird an einem kühlen Ort aufbewahrt. Wenn nun eine Flasche getrunken werden soll, wird sie zur Erwärmung in heißes Wasser gestellt und dann ein Saughütchen daraufgesetzt. Die Herstellung der Milch durch das Soxhlet'sche Verfahren im Großen und Lieferung an arme Leute soll jetzt z. B. in Bonn versucht werden.

(Ein Soxhlet'scher Apparat bestehend aus: Kochtopf mit Flaschengestell, 20 Flaschen nebst Pfropfen und Glasstäbchen, Maßglas, Trockengestell, Bürsten, Saughütchen etc. ist zu beziehen von Gebr. Stifenhofer, Preis 20 *M*, München, oder auch Herrn Ollendorf-Wilden in Bonn.) **Glitsch** (Königsfeld).

---

3) **S. Pozzi** (Paris). Die Antisepsis in der Gynäkologie.
(Progrès méd. 1888. No. 2 u. 3.)

Zur Antisepsis in der Gynäkologie bringt P. nicht viel Neues. Bei der Scheidenausspülung legt er Werth darauf, mit dem Mutterrohr 2 Finger einzuführen, die das Scheidengewölbe aus einander spannen. Bei Laparotomien verwirft er die Schwämme und gebraucht statt ihrer folgende Kompressen: eine 8fache Lage von Gaze, 30 cm im Geviert, durch ein paar Stiche zusammengehalten, lässt er während 2 Stunden in einer Karbol- (50:1000) oder Sublimatlösung (1:1000) kochen und dann in eben derselben aufbewahren. Im Augenblick des Gebrauches werden diese Kompressen entweder in einfach heißem Wasser oder einer Sublimatlösung (2:1000) ausgewaschen, gut ausgedrückt und eignen sich nun vorzüglich zum Abtupfen und Aufsaugen. Den Karbolspray hält er im Operationszimmer für angebracht, um die Trockenheit der warmen Luft zu beseitigen. **Glitsch** (Königsfeld).

---

4) **M. Doléris.** Behandlung der Uterusflexion.

(Gaz. des hôpitaux 1888. No. 3.)

Anteflexionen und Retroflexionen haben ihren Grund in krankhaften Veränderungen der Uterusmuskulatur und deren Umgebung. Bei Mehrgebärenden giebt Parametritis posterior die Veranlassung, bei Nulliparen ist es sehr häufig eine Erkrankung der Mucosa des Collum, consecutive Atrophie und Verlängerung der Portio die Ursache für Anteflexionen und Anteversionen. Die Behandlung einer Anteflexion beginnt D. zuerst mit Heilung der Schleimhaut des Collum, darauf folgt eine mehrfache Erweiterung der Uterushöhle, »um damit durch gymnastische Übungen eine Herstellung der mechanischen Bedingungen zum normalen Stand des Uterus zu bewirken«. Zum Schluss lässt er im oberen Drittel der Scheide noch eine »prācervikale Kolporrhaphie« folgen, deren ausführliche Operationsmethode man im Original aufsuchen muss. Die Behandlung der Retroflexion ist analog. **Glitsch** (Königsfeld).

---

5) **Noël Hallé** (Paris). Antiseptische Therapie der Endometritis.

(Gaz. des hôpitaux 1888. No. 18.)

Davon ausgehend, dass die Endometritis in den meisten Fällen bakteriellen Ursprungs ist, behandelt H. den Uterinkatarrh auf streng antiseptische Weise. Zuerst macht er eine 3—4malige warme Scheidenausspülung (Subl. 1:2000), reinigt darauf im Speculum mit in Sublimat getauchter Watte die Scheidenwände und das Collum und füllt dann die Vagina mit Jodoformtampons aus, so zwar, dass kleine Tampons vor das Collum und in das Scheidengewölbe, große in die Scheide und Vulva kommen. Vor die Scheide legt er zum Schluss eine T-Binde. Diese peinliche Scheidentoilette wird 2—3mal vorgenommen, bevor er zur Behandlung der Endometritis selbst schreitet. Hierzu empfiehlt er die langsame Erweiterung des Uterus mit Laminaria oder Tupelo und wiederholt diese Erweiterung in 10 Tagen 5mal. Auch die Eröffnung der Gebärmutterhöhle mit Tampons, wie Vuillet sie empfiehlt, kann angewendet werden. Leichte Fälle von Endometritis heilen durch dies Verfahren allein, bei schwereren kommt noch die Auskratzung des Uterus mit nachfolgender antiseptischer Auswaschung der Gebärmutterhöhle hinzu. **Glitsch** (Königsfeld).

---

6) **C. Reinl** (Franzensbad). Untersuchungen über die Heilwirkung von Mineralwasserkuren bei anämischen Zuständen.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. IX.)

Bevor R. den eigentlichen Gegenstand seiner Mittheilung berührt, macht er darauf aufmerksam, dass die Zahl der sog. falschen Anämien, bei denen die Zahl der rothen Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt normal ist, viel größer ist, als gewöhnlich angenommen wird. Er theilt 6 in der Klinik des Prof. Kahler, 9 in

eigener Praxis beobachtete Fälle von Pseudoanämie mit. Das blasse Aussehen der Mehrzahl dieser Individuen sucht R. zu erklären durch die Annahme eines dauernden Erregungszustandes der Vasokonstriktoren. In einzelnen Fällen dürfte Herzschwäche oder abnorme Vertheilung des Blutes beschuldigt werden. In manchen Fällen ist Blässe der Haut und sichtbaren Schleimhäute ein angeborener, durch das ganze Leben anhaltender Zustand.

R. hat, um die Wirkung der Mineralwässer zu erproben, abgesehen von den besseren hygienischen Verhältnissen des Aufenthaltes in einem Kurorte, zunächst Pat. untersucht aus dem Ambulatorium der Poliklinik und der Klinik, in deren äußeren Lebensverhältnissen und Beschäftigungen sich während der Kur nichts veränderte. Er fand bei 3 derartigen Kranken, die z. Th. Franzensbader Herkulesquelle 600,0 pro die, z. Th. 600,0 Stahlquelle und 2—3 Esslöffel Levicowasser tranken, Zunahme des Hämoglobingehaltes von 30% auf 45%, von 25% auf 50% und von 45% auf 80%.

Ferner hat R. 3 Pat. beobachtet, die die Stahlwasserkur bei gleichzeitiger Hospitalspflege gebrauchten. Auch hier wurde eine Zunahme des Hämoglobingehaltes von 52 auf 92, von 28 auf 95 und von 55 auf 80% beobachtet.

In Franzensbad selbst beobachtete R. 11 Fälle von Chlorose mit einem anfänglichen Hämoglobingehalt von unter 60%; 8 Fälle mit einem solchen von über 60% und 12 Fälle von sekundären Anämien. Der Heilerfolg wird in letzteren Fällen auch durch die hautreizenden Stahl- und Moorbäder unterstützt, und in einzelnen Fällen wo Cardialgien die Trinkkur verboten, leistete die Badekur allein ganz erhebliche Dienste. In einer großen Zahl von Fällen bediente sich R. auch der Blutkörperchenzählung zur objektiven Konstatirung des Heilerfolges.

W. Fischel (Prag).

Kasuistik.

7) Verhandlungen der gynäkologischen Gesellschaft zu Chicago.

Sitzung am 16. December 1887.

Merier theilt einen Fall von Geschwulst des Ileum mit, welcher in Folge von Blutung letal endigte. Die Geschwulst war rund, hatte 10 cm im Durchmesser, wog 454 Gramm und zeigte sich bei der Untersuchung als Myom. Mit dem Darm hing sie mittels eines dünnen Stieles zusammen.

Dudley berichtet über vaginale Hysterektomie wegen Sarkom. Die Operation erfolgte nach der Methode von Péan, keine Suturen oder Ligaturen wurden angewandt. Die Pincetten wurden nach 24 resp. 48 Stunden entfernt. Gute Heilung.

Byford theilt einen Fall von vaginaler Hysterektomie wegen Sarkom mit. Wegen Enge der Scheide wandte er Klemmzangen zur Blutstillung an, während er für gewöhnliche Fälle die Ligatur vorzieht. Der Fall verlief günstig. Parkes und Dudley treten sehr warm für die Vorzüge der Klemmzangen ein; sie hätten die schwierige Operation zu einer sehr einfachen und leichten gemacht.

Sitzung am 23. März 1888.

Byford zeigt zwei Uteri vor, welche er wegen Fibrosarkom und Carcinom entfernt hatte.

Martei theilt einen Bericht über fünfzehn Fälle von Uterusmyom mit, welche

er mittels Elektricität behandelt hatte. Er wandte vorwiegend die Methode von Apostoli an, welche er in geringer Weise modificirte. Die Stromstärke ging nicht über 100 Milliampères. Zwischen 23 und 62 Sitzungen von der Dauer von fünf Minuten waren nothwendig, um in 4 Fällen Besserung, in 5 Heilung der Blutungen, in weiteren 5 vollständige Heilung zu erzielen.

Auf eine an ihn gerichtete Frage, die Stärke des Stromes betreffend, bemerkt Martin, dass mit seiner modificirten Sonde eine Stärke von 50 bis 100 Milliampères genüge. Doch habe er ohne Schaden Ströme von 1000 (!) Milliampères angewandt.

Hoag spricht über intra-uterines Absterben der Frucht.

Engelmann (Kreuznach).

8) **Obolonsky** (Charkow). Beiträge zur pathologischen Anatomie des Hermaphroditismus hominis. (Aus Prof. Chiari's pathologisch-anatomischem Institute.)

(Prager Zeitschrift für Heilkunde Bd. IX. Hft. 2 u. 3.)

I. Über einen Fall von Hermaphroditismus verus lateralis.

Bekanntlich hat Ahlfeld im Jahre 1880 in seinen »Missbildungen des Menschen« die Behauptung ausgesprochen, dass in der That noch kein Fall existire, wo die Thatsache des gleichzeitigen Vorkommens von Ovarium und Hode beim Menschen außer allen Zweifel gestellt worden wäre. Er fordert für die Sicherstellung eines solchen Falles von wahrem Hermaphroditismus den Nachweis des Vorhandenseins von Samenzellen und Eiern, der in den bis dahin bekannten 13 Fällen dieser Art thatsächlich nicht erbracht worden war. Von anderer Seite ist jedoch für die Erkenntnis der Natur der betr. Keimgebilde der Nachweis ihrer histologischen Struktur als ausreichend und demnach wenigstens der eine hierher gehörige Fall von Heppner als beweiskräftig angesehen worden. Im vorliegenden Falle ist zwar die Ahlfeld'sche Forderung auch nicht erfüllt, indessen ist hier durch eine sorgfältige mikroskopische Untersuchung die Natur der Keimdrüsen durch den sicheren Nachweis von Hodenkanälchen und Eifollikel derart sichergestellt, dass ein Zweifel in die Richtigkeit dieser Auffassung des Falles, der ursprünglich von Wrany als Pseudohermaphr. masc. beschrieben worden war, nicht wohl statthaft erscheint. Lässt man Ahlfeld's Bedenken über Heppner's Fall gelten, so wäre dies der erste beglaubigte Fall eines Hermaphroditismus verus beim Menschen, durch den Ahlfeld's obige Behauptung ihre Widerlegung fände.

Der Fall betraf ein 12jähriges, als Mädchen erzogenes Individuum, welches nach der Operation einer incarcerirten Inguinalhernie an Peritonitis verstorben war. Das äußere Genitale schien weiblich gebildet zu sein, im rechten Labium fand sich eine faustgroße Geschwulsteinlagerung, im linken der Bruchsack. Nymphe rudimentär. Clitoris durch ihre Länge ($2^1/_2$ cm) und die runzlige Beschaffenheit des Präputiums von penisartigem Aussehen. Unterhalb desselben führte die 5 mm lange Eingangsöffnung des Canalis urogenitalis in die 4 cm lange Harnröhre. Prostata an gewöhnlicher Stelle. In der Harnröhre ein Colliculus seminalis, dessen Centrum eine von einem Hymen en miniature verschlossene Öffnung zeigte, welche in die $6^1/_2$ cm lange, Anfangs sehr enge, dann bis $2^1/_2$ cm in der Peripherie messende Vagina führte, die hinter der Prostata nach aufwärts verlief. Uterus unicornis sinister von 8 cm Länge, wovon 5 cm dem Cervix zukamen. Im rechten Lig. lat. eine rudimentäre Tube, ein Lig. teres, ferner ein 2 cm langer Testikel, von dem aus ein mikroskopisch als Epididymis erkannter Strang zum Infundibulum der Tube verlief, andererseits ein wohlcharakterisirter Funiculus sperm. sich zwischen den Blättern des Lig. latum fortsetzte (seine Endigung im Präparate nicht erhalten). Das linksseitige kürzere Lig. lat. war in den erwähnten Bruchsack umgewandelt. In demselben verlief eine 3,5 cm lange Tube mit deutlicher Abgrenzung in einen isthmischen und einen durch Verschluss des Infundibulums cystisch erweiterten ampullären Theil. An letzteren setzte sich ein parallel mit der Tube jedoch nach aufwärts verlaufendes, spindelförmiges 3,6 cm langes solides Gebilde an, gegen das sich das Peritoneum makroskopisch eben so verhielt wie zu einem Ova-

rium und welches an dem anderen Ende durch einen Faserzug (lig. ovar. pr.) mit dem Uterus zusammenhing. In diesem Gebilde waren mikroskopisch unzweifelhafte Ovarialbestandtheile nachweisbar, eben so waren sämmtliche übrigen genannten Gebilde mikroskopisch als solche sicher zu erkennen. Es handelt sich hier somit um einen Hermaphroditismus verus lateralis mit rechtsseitiger Hoden- und linksseitiger Eierstocksentwicklung.

II. Über einen Fall von wahrscheinlichem Hermaphroditismus spurius masculinus bei weiblichem Habitus und regelmäßiger Menstruation.

Anatomisch genau untersucht. Bietet nichts wesentlich Neues.

Piering (Prag).

9) **Fränkel** (Breslau). Thomas' Retroflexionspessare aus Krystallglas und aus biegsamem Kupferdraht mit Celluloidüberzug.

(Illustr. Monatsschrift für ärztl. Polytechnik 1888. No. 1.)

Die immer mehr und mehr in Gebrauch kommenden Thomaspessare, welche, wenn auch aus Hartgummi hergestellt, doch die Vaginalschleimhaut reizen und sich mit der Zeit inkrustiren, Brennen und scharfen Abfluss verursachen, haben F. zur Anwendung von Thomaspessaren aus Krystallglas geführt. Dieselben sind jetzt zwar schwer, weil voll, könnten aber durch vervollkommnete Technik hohl und damit leichter an Gewicht hergestellt werden.

Einen zweiten Übelstand der Hartgummi-Thomaspessarien, ihre begrenzte Zahl von Formen und Größen, so wie die Schwierigkeit für den nicht specialistischen Praktiker, dieselben leicht und passend zu biegen, hat F. dadurch ausgeschaltet dass er dieselben aus biegsamem Kupferdraht mit Celluloidüberzug anfertigen ließ. Der einzige Übelstand der letzteren ist ihr hoher Preis.

Beide Formen zu beziehen von Härtel, Breslau, Weidenstraße 33.

Menzel (Görlitz).

10) **A. Nordmann** (Dresden). Zur Statistik und Therapie der Placenta praevia. (Mittheilung aus der Königl. Frauenklinik in Dresden.)

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 1.)

In dem Zeitraum vom 1. September 1883 bis 15. November 1887 kamen in der Königl. Frauenklinik in Dresden unter 5779 Geburten 45mal Placenta praevia vor.

Es fand sich Placenta praevia centralis in 19 Fällen, Plac. pr. lateralis in 24 und Pl. pr. marginalis in 2 Fällen vor.

Die im Beginn der Geburt beobachteten Kindeslagen waren: Schädellagen 27mal, Steißlagen 6mal, Querlagen 11mal.

Ausgetragen waren die Kinder nur in 9 Fällen = 20% aller Beobachtungen.

Um womöglich eine Besserung der großen Kindersterblichkeit bei dem aktiven Verfahren zu erzielen, wandte man in der Dresdener Klinik nicht in allen Fällen die frühzeitige kompinirte Wendung an, sondern man ging individualisirend vor und leitete nur aus den jeweiligen Symptomen bei einer Gebärenden die Anzeige zu mehr aktivem oder passivem Vorgehen ab; jedoch stellte man immer die Erhaltung des mütterlichen Lebens in den Vordergrund. Die Rettung der Kinder wurde aber nicht als etwas Untergeordnetes angesehen, sondern überall da erstrebt, wo das ohne dauernden Schaden für die Kreißende möglich zu sein schien.

Dem eingeschlagenen therapeutischen Verfahren entsprechend, lassen sich, der Hauptsache nach, dreierlei Reihen von Entbundenen unterscheiden:

1) solche, bei denen die Kolpeuryse bezw. die Wattetamponade mit oder ohne Blasenstich angewendet wurde und die Geburt daraufhin spontan erfolgte (12 Fälle). Diese Behandlungsweise ergab für die Mütter 0% Mortalität, für die Kinder mit Einschluss der vorher abgestorbenen 58,3%, nach Abzug derselben 16,6%.

2) solche, wo gewendet bezw. bei Beckenendlagen ein Fuß herabgeholt und im unmittelbaren Anschluss daran extrahirt wurde (28 Fälle).

Unter diesen Fällen ist nur einmal die kombinirte Wendung ausgeführt, in den übrigen Fällen wurde so lange gewartet, eventuell unter Zuhilfenahme der Kolpeu-

ryse, bis die innere Wendung ausgeführt werden konnte. Dabei war der leitende Gedanke der, dass man, wenn nicht das Leben der Mutter besonders gefährdet wäre, so lange warten solle, bis nicht nur die Wendung, sondern auch die sofortige Extraktion möglich wäre. Von diesen so behandelten Fällen starben 4 Mütter = 17,3%. Bei Abrechnung eines Falles, der nicht der Methode zur Last fällt, betrug die Sterblichkeitsziffer der Mütter 13,63%.

Von den Kindern wurden todtgeboren 7 = 30,43%. Davon kamen ohne Herztöne in die Anstalt 6. Mit Abzug dieses letzteren ist die Mortalität 5,8%.

Die 3. Gruppe bilden solche Fälle, wo man zwar wendete, bezw. einen Fuß herabholte, die Extraktion aber erst später anschloss. Hierher gehören 6 Fälle. Von den Müttern starb eine während der Geburt an Anämie, eine an Sepsis im Wochenbett. Sämmtliche Kinder kamen todt zur Welt.

Von sämmtlichen 45 Fällen von Placenta praevia starben 6 Mütter = 13,3%. Zu Gunsten der Anstaltsbehandlung fallen aber weg 3 Fälle; somit starben von 42 Müttern 3 = 7,1%.

Von den Kindern starben 27 = 60%.

Bei 13 von den Todtgeborenen waren beim Eintritt Herztöne nicht mehr hörbar; mit Ausschluss dieser beträgt die Kindersterblichkeit 43,7%.

Aus seiner Zusammenstellung zieht N. den Schluss, dass die älteren Methoden bei der Behandlung der Placenta praevia durchaus nicht alle Berechtigung verloren haben und dass durch sie manches kindliche Leben gerettet werden kann, das sonst verloren gewesen wäre. **W. Nagel** (Berlin).

11) Obermann (Leipzig). Ein Beitrag zur Behandlung der Placenta praevia. (Aus der geburtshilflichen Klinik in Leipzig.)

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 1.)

O. berichtet über 64 Fälle von Placenta praevia, welche in der Leipziger Klinik von Anfang 1883 bis Ende 1887 zur Behandlung kamen.

Von diesen sind 49 mittels kombinirter Wendung und langsamer Extraktion beendet. Nach Ausscheidung eines Todesfalles, welcher dem Verfahren nicht zur Last gelegt werden kann, lieferten die übrigen 48 Fälle einen Todesfall oder eine Mortalität von 2,1%.

15 Fälle wurden auf verschiedene Weise beendet und lieferten 5 Todesfälle oder eine Mortalität von $33^1/_3$%.

Bei den oben erwähnten 48 Fällen handelte es sich 6mal um Placenta praevia marginalis (sämmtliche Wochenbetten normal); 18mal um Placenta praevia lateralis (2 Wochenbettserkrankungen, die dem Verfahren zur Last fallen).

Placenta praevia centralis kam 24mal vor mit einem Todesfall und 10 Erkrankungen; hiervon waren 7 leichte und zum Theil auf die Folgen des Blutverlustes zurückzuführen; in 3 Fällen handelte es sich um eine Infektion.

Bei den 48 erwähnten Entbindungen gingen 30 Kinder zu Grunde: eine Mortalität also von 62,5%. Berücksichtigt man nur die lebensfähigen Kinder, nämlich 31, so wurden von diesen 13 todtgeboren, gleich 42% Mortalität.

Das in der Leipziger Klinik übliche Operationsverfahren ist wesentlich gleich mit dem in den beiden Berliner Kliniken in Anwendung gezogenen; jedoch neigt O. sich mehr dem von Hofmeier vertheidigten Verfahren, nämlich der langsamen Extraktion, zu. Eigentlich handelt es sich hierbei nur um ein andauerndes Fixiren des Steißes auf den Muttermund. O. legt großes Gewicht auf die beständige Massage des Uterus nach vollzogener Wendung. Hierdurch werden schon nach sehr kurzer Zeit kräftige Wehen ausgelöst: der Muttermund erweitert sich rasch und die Geburt kann in verhältnismäßig kurzer Zeit beendet werden.

Verf. tritt entschieden für das aktive Verfahren bei Placenta praevia ein.

W. Nagel (Berlin).

12) H. Hammel. Über Lithopädionbildung im Eileiter.

(Prager med. Wochenschrift 1888. No. 17.)

35jährige Frau, seit 16. Jahre regelmäßig menstruirt. Erste Geburt vor 11 Jahren, 2. (Zwillinge) vor 7 Jahren. Normale Wochenbetten. Die dritte Schwangerschaft

datirt aus dem Jahre 1881. Cessation der Menses im April oder Mai, Entwicklung des Unterleibes zunächst links, dann gleichmäßiger. Beschwerden wie in beiden ersten Schwangerschaften. Im Juli Kindesbewegungen, die bis Anfang December 1881 gefühlt wurden. Zu Weihnachten Schmerzen in den Hypochondrien so wie ein durch 2 Tage dauernder Ausfluss einer klaren Flüssigkeit, so wie Abgang zweier fleischähnlicher Stücke. Eine Entbindung fand nicht statt. Frau befand sich wohl. Auch die Menses traten bald wieder ein. Anfang November 1887 trat Schwellung und Röthung in der Nabelgegend ein und eine Woche später an dieser Stelle Durchbruch einer klaren, später eitrigen Flüssigkeit, die mit Haaren, sandähnlichen Massen und kleinen Knochenstückchen vermengt war. Am 19. December 1887 fand Prof. Schauta die Kranke marantisch, mit einem kindskopfgroßen nahezu unbeweglichen Tumor im rechten Hypogastrium, der in der Nabelgegend mit den Bauchdecken verwachsen war. Außerdem Fieber, Lungenspitzeninfiltration und Albuminurie. Am 23. December durchtrennte Prof. Schauta von der Fistelöffnung aus durch einen 10 cm langen Schnitt die Bauchdecken, der mit ihnen verwachsene Sack wurde ebenfalls gespalten und der z. Th. verjauchte Fötus extrahirt. Dabei war der eine Fuß desselben in der hinteren Wand eingewachsen. Der Sack wurde desinficirt und mit Jodoform tamponirt. Wundverlauf bis 5. Januar 1888 normal. Am 7. Januar Exitus letalis an Lungeninfiltration. Sektion bestätigte die Lungenaffektion und fand außerdem amyloide Degeneration der großen Drüsen. Sitz der Extra-uterin-Gravidität war die linke Tube und zwar in ihrem ampullären Theile. 8 cm vom Ostium uterinum mündet sie mittels einer erbsengroßen Öffnung in einen von schwieligem Bindegewebe gebildeten faustgroßen Sack, der über dem Fundus uteri und der Harnblase gelegen mit dem großen Netze, dem Colon asc., der Flexura sigmoid. mit Ileumschlingen und mit der vorderen Bauchwand fest verwachsen war. Die Innenfläche des Sackes war exulcerirt und mit blättchenartigen Kalkeinlagerungen versehen. In der Mitte der hinteren Wand fand sich die grubige Vertiefung, aus der der eingewachsene Fuß des Fötus gelöst werden musste. Das linke Ovarium zwischen Lig. latum und Sack deutlich nachweisbar. Der Fötus war nach den Knochen beurtheilt nahezu ausgetragen gewesen. Die mikroskopische Untersuchung der Wand des Fruchtsackes ergab, dass die Muskulatur der Tuba bloß in der Nähe der Einmündung des uterinen Tubarstumpfes als eine cirkuläre mächtige Schicht auf denselben überging. Im sklerotischen Bindegewebe der Sackwand fanden sich hinten und unten Gruppen von hyalinen zottigen Bildungen, die von großen mit Kern versehenen Zellen umgeben und z. Th. verkalkt waren: Reste der Placenta. An der hinteren Fläche des Sackes konnte man die Reste des Parovarium und adhärentes Ovarialgewebe nachweisen. Der Fall muss als eine nahe bis zur Reife gediehene reine Tubarschwangerschaft mit Lithopädionbildung angesehen werden.

W. Fischel (Prag).

13) **R. Ziegenspeck** (München). Fehlen der aufsteigenden Aorta, fast vollständiges Fehlen des Septum ventriculorum und des linken Ventrikels bei einem Neugeborenen, welcher trotzdem über vier Tage gelebt hat.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 1.)

Für das Zustandekommen der genannten Verbildung giebt Verf. folgende Erklärung: In einer Zeit des intra-uterinen Lebens, wo das ganze Herz ungefähr die Ausdehnung des jetzigen linken Ventrikels nebst Herzohr zeigte und wo das Septum ventriculorum noch nicht geschlossen war, führten entzündliche Processe am Ostium venosum sinistrum einestheils zu Stenose und Verschluss desselben, anderentheils zur Bildung von Thromben und zu Thrombose der aufsteigenden Aorta. Die linke Herzhälfte war somit außer Thätigkeit und verkümmerte, die rechte hypertrophirte kompensirend. Das Blut, welches die Lungenvenen dem linken Vorhofe zuführen, wurde vom rechten Ventrikel aspirirt und bahnte sich nach rechts einen Weg, der sonst nicht besteht. Zur Bildung eines regulären Septum atriorum kam es nicht.

Der von Z. geschilderte Befund bestätigt vollkommen die Richtigkeit des

Satzes, dass Vermischungen des Blutes beider Herzhälften im Fötalkreislaufe stattfinden und dass der Fötus zwei Herzkammern wie eine einzige benutzt.

W. Nagel (Berlin).

14) **S. Pozzi** (Paris). Pyosalpinx duplex mit linker eitriger Oophoritis. Salpingo-Oophorectomia duplex ohne nachfolgende Drainage. Heilung.

(Gaz. méd. de Paris 1887. No. 49.)

Im Anschluss an diesen Fall eines 21jährigen Bäckermädchens mit tuberkulöser Belastung (1 lebendes Kind vor 1 Jahre geboren; acquirirt Blennorrhoe mit Aggravation der Symptome 3 Monate vor P.'s Operation) bespricht P., dass er die theuren und schwer aseptisch zu haltenden Schwämme aufgiebt und gegen mehrfach zusammengefaltete und gesäumte Gaze (als Polster »matelas«) in 5%iger Karbolsäurelösung 1 Stunde gekocht eintauscht, die er in einer anderen, eben so starken Lösung dann aufbewahrt. Beim Gebrauch werden diese Kompressen in kochendes Wasser getaucht. Auch plaidirt er für Entspannungsnähte, ferner für die kontinuirliche Naht. Nur Katgut, das er sich selber präparirt und mindestens 4 Tage vorher in Ol. ligni juniperi einlegt. **Pauly** (München).

15) **F. Semeleder** (Mexiko). Ein weiterer Fall von Zerreißung der schwangeren Gebärmutter durch Rinderhorn.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Oktober. p. 1036.)

Das Kind wurde in diesem Falle nach Erweiterung der Uteruswunde lebend extrahirt; die Gebärmutter kontrahirte sich so rapid, dass der Arzt nicht mehr die Nachgeburt erreichen konnte, welche nach 6 Stunden per vias naturales abging. Trotz Peritonitis genas die Frau. **Krentzmann** (San-Francisko).

16) **Robert P. Harris** (Philadelphia). Zerreißung des Bauches und Uterus schwangerer Frauen durch das Horn von Rindern.

(Amer. journ. of obstetr. 1887. Juli. p. 673.)

Es werden im Ganzen 9 Fälle ausführlich beschrieben, wo nach Eröffnung des Uterus das Kind geboren; 3, wo trotz Eröffnung des Bauches die bestehende Schwangerschaft nicht unterbrochen wurde.

Die merkwürdigen Details müssen im Original gelesen werden. Angeführt sei nur, dass von den 9 Frauen 3 ihren Verletzungen erlagen, während 6 völlig genasen, von welch letzteren die meisten noch mehrere Kinder gebaren, eine bei der nächstfolgenden Schwangerschaft durch Ruptur des Uterus starb. Von den Kindern, die theilweise direkt bei dem Akte der Verletzung, theilweise durch Kunsthilfe aus der Gebärmutterhöhle entfernt wurden, blieben ebenfalls 6 am Leben.

Verf. kommt durch die günstigen Resultate dieser Fälle so wie der selbst zugefügten Kaiserschnitte zu dem Schlusse, dass die schlechten Erfolge bei der lege artis ausgeführten Sectio caesarea, wie sie seither üblich gewesen, zurückzuführen seien darauf, dass die Frauen der letzteren Kategorie durch Krankheiten geschwächt und wenig widerstandsfähig, die Frauen jener accidentellen etc. Kaiserschnitte dagegen im Besitze völliger Gesundheit gewesen; ferner gingen bei den letzteren Fällen keine die Kontraktionsfähigkeit des Uterus schädlich beeinflussende Entbindungsversuche voraus. **Kreuzmann** (San-Francisko).

17) **Will. Goodell** (Philadelphia). Eines Jahres Arbeit in Laparotomien.

(Med. news 1888. April 21. p. 424.)

Ausgeführt wurden vom Verf. im Jahre 1887 53 Laparotomien mit 7 Todesfällen, darunter Ovariotomien 27 (5 Todesfälle), Oophorektomien 19 (1), Hysterektomien 1, maligner Tumor des Omentum 1 (1), Beckenabscess 2, Probeincisionen 3.

Die Todesursachen waren: je einmal Darmverschluss am 7. Tage, Peritonitis am 4. Tage p. op., Shock 7 Stunden p. op., Erschöpfung 8 Tage p. op., Septikämie am 5. Tage p. op. bei putrider Zersetzung des Dermoid-Cysteninhaltes. Der Todesfall bei Oophorektomie trat ein am 3. Tage nach der Operation unter urämischem

Koma nach völligem Aufhören der Urinsekretion. (Todesfall durch Äther?! Ref.) Der letale Ausgang bei dem Tumor Omenti resultirte 7 Wochen p. op. durch Erschöpfung. Unter den Ovariotomien befanden sich 3 Entfernungen intraligamentär entwickelter Tumoren, welche außerordentliche Schwierigkeiten boten; die eine Operation wurde unvollendet gelassen, Cyste an die Bauchwand genäht, Tod durch Shock: bei einer anderen trat Nachblutung ein, angezeigt durch die Drainagetube, Wiedereröffnung des Bauches 4 Stunden nach der Operation, Heilung. Die Zahl der erschwerten Operationen und solcher unter ungünstigem Allgemeinbefinden war eine sehr große. Verf. operirt jeden Fall, auch den aussichtslosesten.

Kreutzmann (San-Francisko).

18) **L. E. Neale** (Maryland). Fall von Kaiserschnitt nach Sänger.

(Med. news 1888. März 10. p. 253.)

Es handelte sich um eine 20jährige Farbige, Ipara. Allgemein verengtes nicht rachitisches Becken: gerader Durchmesser des Beckeneingangs 7 cm ($2^3/_4$ Zoll), an der Leiche gemessen; Eintritt in die Gebäranstalt im letzten Monat der Gravidität. Beginn der Geburt am 11. December 1887 Vormittags 4 Uhr. Um 10 Uhr Bandl's Ring; um 1 Uhr Nachmittags Zangenversuch (Tarnier's Zange) eine Stunde lang. Für Sectio caesarea entschieden gegen Kraniotomie wegen des lebenden Kindes, Operation am selben Tage $6^1/_4$ Uhr Nachmittags in bekannter Weise nach modernen Grundsätzen. Resektion der Uteruswand entlang der Wunde, 21 tiefe Seidennähte, 29 oberflächliche, sero-seröse Katgutnähte nach Lambert. Die Uterusanhänge werden entfernt; Auswaschung der Bauchhöhle mit warmem Wasser. Die Frau erholte sich nicht von der Operation und starb 44 Stunden p. op. an »Shock«. Die Untersuchung post mortem enthüllte leichte traumatische Peritonitis. Das Kind wurde, scheintodt entwickelt, wiederbelebt.

Kreutzmann (San-Francisko).

19) **W. W. Jaggard** (Chicago). Fall von konservativem Kaiserschnitt mit günstigem Ausgang.

(Med. news 1888. April 14. p. 405.)

36jährige Vpara; alle früheren Entbindungen schwierig, mit Kunsthilfe beendet. Frau ist 140 cm hoch; Diam. Baud. 14 cm, Conj. diag. 7,5, Conj. vera (nach Schätzung) 5,5 cm; einfach plattes rachitisches Becken; Schulter liegt vor, Entbindung nahe bevorstehend. Trotz absoluter Beckenenge war nach den vorausgegangenen Entbindungen der Fall doch ein solcher von relativer Indikation zum Kaiserschnitte. Die Frau wurde daraufhin unterrichtet; sie entschloss sich zur Ausführung des Kaiserschnittes, besonders beeinflusst durch ihren geistlichen (römisch-katholischen) Beistand. Sie wurde sofort ins Hospital aufgenommen.

Am 6. März 1888, als sie dumpfe Schmerzen in der Lenden- und Kreuzbeingegend verspürte, welche sie als sichere Vorboten der bald kräftig einsetzenden Wehen aus Erfahrung kannte, wurde die Operation ausgeführt. Der Uterus wurde erst nach der Entleerung aus der Bauchhöhle gebracht, nicht umschnürt; die Incision trifft nicht die Placenta. Blase nicht vor der Operation gesprengt. Bei bester Assistenz verliert die Frau verhältnismäßig wenig Blut; 21 tiefe Seidennähte, fortlaufende Seidennaht des Peritoneums. Dauer der Operation $1^1/_4$ Stunde, zumeist bei der sorgfältigst ausgeführten Naht verbraucht. Glatte Heilung. Kind schreit sofort lebhaft nach der Geburt, stirbt leider am 16. Tage plötzlich unter Krämpfen.

Kreutzmann (San-Francisko).

20) **Stark** (Philadelphia). Hydrocephalus, Kraniotomie.

(Med. news 1888. März. 31. p. 340.)

22jährige IIpara; Wehen begannen vierzehn Tage vor Zuziehung des Arztes, hielten einige Zeit an, dann trat Unthätigkeit des Uterus ein. S. stellte bei genauer Untersuchung die Diagnose auf Hydrocephalus; Perforation mit weitem Trokar in die hintere Fontanelle; es fließt $2^1/_2$ Liter Flüssigkeit ab, wobei der Leib zusehends kleiner wird. Leichte Entwicklung des Kopfes und Kindes, glattes Wochenbett. **Kreutzmann** (San-Francisko).

21) **Calderini** (Parma). Stenose des Muttermundes.

(Ateneo med. parmense 1888. April. Jahrgang II.)

Im ersten Falle war die Stenose eine Folge von Narbenbildung nach der ersten Geburt; nach blutiger Erweiterung des Muttermundes wurde die in Querlage sich befindende Frucht durch Embryotomie herausbefördert. Die Frau war schon mit hohem Fieber in der Anstalt aufgenommen worden und starb an Sepsis.

Im zweiten handelte es sich um eine syphilitische Stenose; die 3000 g schwere Frucht wurde zwar mit stark gequetschtem Schädel, aber doch lebend, spontan geboren.

Im dritten Falle war das Geburtshindernis durch einen großen, harten, unregelmäßigen Knoten gegeben, welcher die rechte Hälfte des Cervix einnahm. Die Eröffnungsperiode dauerte sehr lange und wurde durch mehrere Einschnitte in das unter dem Messer kreischende Gewebe, beendigt. Die Frucht (3400 g) wurde bald darauf mit der Zange lebend extrahirt. Nach beendigtem Wochenbette wurde die Portio durch supravaginale Excision entfernt und die mikroskopische Untersuchung des Gewebes gestattete Verf. und Prof. Majocchi den Schluss, dass es sich um syphilitische Infiltrationen mit Übergang in Sklerose gehandelt habe.

Liebman (Triest).

22) **Polacco** (Mailand). Retention der Frucht im Uterus.

(Separatabdruck aus Morgagni 1887/88. Mailand 1888.)

Die Beobachtungen stammen von Cuzzi in Pavia.

1) Eine gesunde Frau hatte eine Blutung mit Wehen im 2. Monat ihrer 9. Schwangerschaft. Auf eine große Gabe Laudanum hörten Blutung und Schmerzen auf; doch trat einen Monat später ein blutig tingirter Ausfluss aus den Genitalien auf, der einige Monate dauerte. $4^1/_2$ Monate nach der ersten Blutung dilatirte ein anderer Arzt (der die Frau nicht schwanger glaubte) den Cervicalkanal durch Laminaria, worauf ein Ei ausgestoßen wurde, das einen 2,5 cm langen, 2 g schweren Embryo enthielt. Die Frau erholte sich sehr bald und war nach einigen Monaten wieder schwanger.

2) Die Frau hatte 5 Geburten und 3 Fehlgeburten gehabt. Der Uterus war retroflektirt. Im 4. Schwangerschaftsmonate starb die Frucht ab; $2^1/_2$ Monate später wurde wegen des Verfalles der Kräfte, bei fortwährendem übelriechendem schwärzlichem Ausflusse aus dem Uterus, durch den Bozeman-Fritsch'schen Katheter desinficirende intra-uterine Ausspülungen gemacht, die die Ausstoßung des Eies zur Folge hatten.

In beiden Fällen waren große Dosen Laudanum gereicht worden. Verf. glaubt dass möglicherweise die durch das Mittel erzeugte Herabsetzung der Kontraktilität der Gebärmutter die Ursache der Retention gewesen sein könne.

Die genaue anatomische Untersuchung aller Eitheile des zweiten Falles ergab, dass alle Gewebe zwar etwas eingetrocknet und eingeschrumpft, doch gut erhalten waren und dass gar keine Erscheinungen von regressiver Metamorphose in denselben nachzuweisen waren. **Liebman** (Triest).

Berichtigung.

In No. 32 p. 528 soll es in der Einladung zu der 61. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte heißen:

3) Herr Hofrath Dr. Schramm, Dresden: Über den Werth der diaphanoskopischen Untersuchungsmethode.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 37. Sonnabend, den 15. September. 1888.

Über Chlorzinkätzungen bei sog. inoperablem Uteruscarcinom und bei chronischer Endometritis.

Von

Dr. Ernst Fränkel in Breslau.

In No. 30 dieses Centralblattes findet sich ein kurzes Referat über einen Vortrag von Ehlers »über Chlorzinkätzung bei Carcinom der Portio und Vagina«, nebst einer sich daran knüpfenden Diskussion in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin (Sitzung am 22. Juni 1888), die mich veranlasst, auch meine Erfahrungen auf diesem Gebiete mitzutheilen.

Zunächst ist die Angabe des Vortragenden und verschiedener an der Diskussion betheiligter Fachgenossen, dass das besprochene Verfahren der Ätzung von Carcinomflächen durch koncentrirte wässrige Chlorzinklösung Ely van de Warker zuzuschreiben sei, historisch nicht ganz richtig; es ist vielmehr genau dieselbe Methode, die van de Warker in seinem Aufsatze: »a new method of partial exstirpation of the cancerous uterus«, im Vol. XVII des Amer. journ. of Obstr., März 1884, veröffentlichte, schon im Juli 1879 von Marion Sims im XII. Bande derselben Zeitschrift unter dem Titel: »the treatment of epithelioma of the cervix uteri« beschrieben worden. Die beiden Aufsätze sind nach Inhalt und Abbildungen bis auf geringfügige, bald zu erwähnende Abweichungen so übereinstimmend, dass es schwer erklärlich erscheint, wie van de Warker 5 Jahre nach der Sims'schen Publikation und kurz nach dessen Tode sich den Urheber dieses »neuen Verfahrens« nennen kann.

Van de Warker selbst bezieht sich mehrfach auf die Sims'sche Arbeit; was er zu dieser letzteren Neues und Eignes hinzufügt, ist, wie man sich durch Nachlesen der beiden Originalaufsätze überzeugen kann, entweder unwesentlich

oder, so weit es die auf einer mikroskopischen Untersuchung eines Ätzschorfes basirende Erklärung der specifischen Wirkung des Chlorzinks auf Carcinomgewebe betrifft, unrichtig.

Der ganze Unterschied zwischen Marion Sims' und van de Warker's Methode besteht nämlich darin, dass, nachdem die carcinomatösen Massen mittels Messer, Schere oder Curette möglichst ausgiebig und vollständig entfernt sind und die Blutung durch Hineinstopfen von Eisenchloridwattetampons gestillt ist, Sims am 4. oder 5. Tage nach der Operation Tampons, in eine wässrige Chlorzinklösung von 2 : 3 getaucht, in den Wundtrichter einstopft, van de Warker hingegen die Chlorzinkätzung entweder unmittelbar im Anschluss an die Ausräumung vornimmt oder häufiger noch 2 Tage später und dass er hierbei außer der Sims'schen Koncentration noch eine stärkere mit Aq. dest. āā anwendet, je nachdem die nach der Entfernung der Krebswucherungen noch verbleibende Wandstärke des Uterus und des Scheidenrohrs eine intensivere oder nur eine schwächere Ätzung der Wundfläche zu erlauben scheint.

Den Schutz der Vagina und äußeren Genitalien vor dem etwa aus den sorgfältigst ausgedrückten Chlorzinktampons noch aussickernden Ätzmittel räth Sims durch Einlegen von in doppelt kohlensaure Natronlösung getauchten Wattetampons hinter die Chlorzinktampons zu erzielen, von de Warker durch Bestreichen von Scheide und Labien mit einer aus Natr. bicarbon. und Vaseline (1 : 3) bereiteten Salbe und Einlegen eben solcher Tampons, wie Sims.

Sims ist übrigens weit entfernt, dem Chlorzink eine specifische Wirkung auf das Carcinomgewebe zuzuschreiben; er legt vielmehr (l. c. p. 464) das Hauptgewicht auf die möglichst gründliche vorherige Entfernung alles Erkrankten und erblickt alsdann in Übereinstimmung mit Maisonneuve und Demarquai, die das Meiste zur Popularisirung des Chlorzinks als Ätzmittel beim Krebs beigetragen haben, den Hauptnutzen desselben darin, dass nach Abstoßung des Schorfes kräftige Granulationen und relativ rasch eine feste, die Recidive in loco aufhaltende Narbe zu Stande kommen.

Es kann mithin an der Sims'schen Priorität für dieses Verfahren, das er schon 1875 vollkommen ausgebildet hatte und nach welchem er 1878 in Wiener Hospitälern 3 Fälle operirte, kein Zweifel bestehen. Bezüglich der in der Diskussion in der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft mehrfach betonten Ätzungen mit Chlorzinkpaste hat schon Spiegelberg in den Jahren 1869 und 1870 im Verein mit Herrn Professor Köbner, der damals noch in Breslau weilte, zahlreiche einschlägige Versuche bei Uteruscarcinom gemacht, aber meines Wissens nicht publicirt. Die Priorität für dieses Verfahren gebührt aber wohl nicht Czerny u. A., sondern Maisonneuve und Demarquai, die es zuerst beim Brustkrebs anwendeten.

Ich selbst habe bald nach dem Erscheinen der Sims'schen Arbeit, also vom März 1879 an bis auf den heutigen Tag, eine sehr große Anzahl (weit über 50) sog. inoperabler Uterus- und Scheidencarcinome nach dieser Methode mit einigen Modifikationen behandelt und habe Ursache, mit den Erfolgen derselben sehr zufrieden zu sein.

Selbstverständlich bin ich principaliter für die Abtragung im gesunden Gewebe, resp. für die Totalexstirpation des carcinomatös erkrankten Uterus, sobald dieselbe nur einige Aussicht auf Erfolg quoad vitam und Heilungsdauer bietet. Bei Fixation des Uterus aber, bei augenscheinlichem Ergriffensein des Beckenbindegewebes und der Lymphbahnen habe ich das Sims'sche Verfahren als das bei Weitem ungefährlichere, die Hauptbeschwerden der Kranken (Blutung, Jauchung, Schmerzen) hintanhaltende und einem Recidiv möglichst lange vorbeugende und desshalb als allen anderen vorzuziehende erkannt. Ich verfüge sogar über 6 Fälle, die als in obigem Sinne inoperabel gelten mussten, daher nach Sims'scher Methode von mir behandelt wurden und bei denen Radikalheilung eingetreten ist. Eben so ist der erste der von Sims so behandelten Fälle 5 Jahre lang, bis zum Tage der Publikation, frei von jedem Rückfalle geblieben (l. c. p. 466).

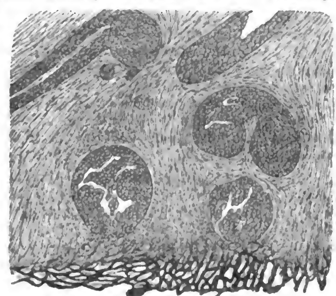
Bei dem ältesten dieser Fälle, die unter meiner steten Kontrolle sind, besteht

die Recidivfreiheit bereits 7 Jahre, und es dürfte, wenn auch nach Uteruscarcinom noch sehr spät Rückfälle kommen können, wohl nach Ablauf solcher Zeiträume nicht voreilig sein, von Radikalheilung zu sprechen.

In allen diesen Fällen war übrigens durch eine mikroskopische Untersuchung der entfernten Massen im hiesigen pathologischen Institut die Diagnose »Krebs« bestätigt worden.

Bezüglich der Art der Ausführung bemerke ich, dass ich nach der Ausschneidung resp. Auslöffelung des entarteten Gewebes zunächst nicht, wie Marion Sims und van de Warker Zwecks Blutstillung den Wundtrichter mit Eisenchloridwatte ausstopfe, sondern mit Ausnahme derjenigen Fälle, wo die von Blase, Mastdarm oder Peritoneum trennenden Gewebsschichten sehr dünn sind, tief und energisch die Wundhöhle mit dem Paquelin verkohle. Ich halte es für wichtig, das Glüheisen nicht nur oberflächlich auf die Wundfläche einwirken zu lassen; in diesem Falle stillt es weder die Blutung, noch trägt es zur Bildung einer festen Narbe bei. Vielmehr sieht man danach oft sehr rasch, noch bevor sich der Brandschorf ganz abgestoßen hat, neue Krebswucherungen emporsprießen. Verkohlt man hingegen die Gewebe tief, so befördert dies eben so sehr eine feste Narbenbildung, als die später folgende Chlorzinkätzung.

Nachdem also die Wundhöhle derart ausgebrannt ist, dass sie von einem dicken, schwarzen, trockenen Brandschorf allseitig bedeckt ist, wird sie nach sorgfältiger desinficirender Ausspülung und Austrocknung mit Jodoform eingestäubt und mit Billroth'scher Tanninjodoformgaze ausgestopft. Dahinter kommen einige Jodoformgazebäusche in die Scheide. Die Reaktion nach Anwendung des Glüheisens war immer eine äußerst geringe, so dass ich mehrere solche Fälle sogar ambulant behandelte.



Mikroskop. Schnitt eines Chlorzinkschorfes. Alaunkarmin-Präparat.

Konnte wegen Gefahr der Verletzung der Nachbarorgane die Glühhitze nicht so intensiv angewendet werden, um jedes Nachsickern von Blut zu verhüten, dann wurde der Wundtrichter mit Tannin-Jodoform (āā) gefüllt und mit eben solcher Gaze fest ausgestopft. Eisenchloridtampons habe ich aus bekannten Gründen in den letzten Jahren nicht mehr verwendet. Bei diesem Verfahren habe ich niemals erhebliche Nachblutungen oder Todesfälle durch Verblutung, wie A. Martin (Pathol. und Therap. der Frauenkrankh. II. Aufl. 1887 p. 315) erlebt. Allerdings wandte der letztgenannte Operateur unmittelbar nach der Ausschabung das Chlorzink an; mit diesem Ätzmittel aber die Blutung unmittelbar und vollkommen zu beherrschen, durfte er nicht erwarten, da Chlorzink mit Blut keine festen Coagula und keine sicher obturirenden Thromben bildet. Auch Marion Sims und van de Warker haben stets nach dem Curettement erst styptische Verbände angelegt und später das Cauterium potentiale applicirt.

Erst nach vollkommener Abstoßung des Brandschorfes wird nunmehr zur Chlorzinkätzung geschritten. Sollte sich bei der sorgfältigen Inspektion der Wundhöhle da oder dort noch eine verdächtige Stelle zeigen, die bei der ersten Operation dem Auge entgangen, oder seitdem neu emporgesprossen ist, so wird auch diese vor der Chlorzinkätzung möglichst gründlich excidirt oder ausgeschabt und gebrannt. Zur Ätzung habe ich stets die Sims'sche Chlorzinkkoncentration (2 : 3) verwandt und glaube, dass diese die für die Mehrzahl der Fälle richtige Stärke hat; denn einerseits wirkt sie energisch genug in die Tiefe und setzt schon nach 12—24 Stunden einen festen, grauweißen Ätzschorf, der sich nach 8—10 Tagen lederartig derb,

beträchtlich dick, in einem oder mehreren Stücken abstößt, andererseits habe ich nach sehr zahlreichen, in manchen Fällen wiederholten Ätzungen niemals eine Verletzung der Blase oder des Mastdarmes gesehen, wie sie Martin (l. c.) wiederholentlich zu beklagen hatte. Das einfachste Mittel, um den Ätzrayon des Chlorzinks zu verengern, besteht darin, den Kontakt desselben mit den Geweben nicht so lange, wie sonst zu unterhalten. Niemals hatte ich, wie Sims oder van de Warker nöthig, den Ätztampon 4—5 Tage liegen zu lassen; in höchstens 24 Stunden fand ich immer einen Schorf gebildet, der, wie Odebrecht in der qu. Diskussion sehr richtig hervorhebt, so schön durch kein anderes Cauterium actuale oder potentiale gebildet wird. Aber auch in 12, ja bei sehr verdünnten Zwischenwänden selbst in 6 Stunden war der Schorf von genügender Festigkeit und Dicke. Dünnere (10%ige) Chlorzinklösungen, wie sie z. B. E. Cohn (l. c. p. 488) anwendet, bedürfen natürlich zur Erzielung eines gleich starken Effektes längerer Einwirkung, sind aber immerhin der in der That nicht ungefährlichen 50%igen van de Warker'schen Lösung vorzuziehen. Natürlich heißt es auch hier individualisiren und den Koncentrationsgrad, wie die Dauer der Einwirkung des Chlorzinks nach der beabsichtigten und ohne Schaden möglichen Tiefenwirkung bemessen. Die der Ätzung folgenden Schmerzen können unter Umständen bedeutend sein, sind aber stets durch Narcotica vollkommen zu beherrschen. Fieberhafte, einige Tage anhaltende Reaktion, wenn auch nicht in solcher Höhe, wie Steinthal (höchstens 38,9° C.), so wie leichte Parametritis habe ich gleichfalls in einigen Fällen beobachtet; einen dauernden Nachtheil sah ich nie daraus erwachsen. Die Chlorzinktampons an der gewünschten Stelle zu fixiren, schien mir, da die Wundhöhle gewöhnlich einen ziemlich tiefen Trichter darstellt, nie sehr schwierig. Außer in der nächsten Umgebung der Wundhöhle bemerkte ich auch keine weitergehende Wirkung am unrechten Ort (Anätzung der unteren Abschnitte der Scheide, der Vulva oder Labien), sei es, dass ich nur die Sims'schen Schutztampons oder auch das van de Warker'sche Natr. bicarbonic. — Vaseline gebrauchte. Wenn man nur die Chlorzinktampons auf das sorgfältigste ausdrückt, ist die Menge und der Effekt des nachträglich aussickernden Überschüssigen sehr gering.

Auch nach galvanokaustischen Amputationen der carcinomatösen Vaginalportion habe ich wiederholt die Chlorzinkätzung folgen lassen und zwar dann, wenn ich nicht sicher war, bei Anlegung und Zuschnürung der Schneideschlinge weit genug von der Entartung, im gesunden Gewebe abgekommen zu sein, selbstverständlich auch hier erst nach Abstoßung des vom Glühdraht gesetzten Schorfes. Der augenblickliche Erfolg war zufriedenstellend; nur muss in der Nachbehandlung durch frühzeitiges und anhaltendes Bougiren des Cervikalkanals einer Stenose vorgebeugt werden.

Wenn man nun die Lösung des Ätzschorfes geduldig abwartet, nicht vor der Zeit an demselben zieht und sie durch laue Sitzbäder und desinficirende Vaginalinjektionen etwas zu erleichtern sucht, so erfolgt dieselbe stets ohne nennenswerthe Blutung. Schwere Nachblutungen sind entweder die Folge vorzeitiger Manipulationen an dem Schorf oder ungenügender vorheriger Entfernung aller entarteter Massen, vielleicht auch der Anwendung einer zu wenig koncentrirten Chlorzinklösung und dadurch bewirkter ungenügender Dicke und Festigkeit des Schorfes. Nach Abstoßung des letzteren habe auch ich, wie alle anderen Autoren den Wundtrichter mit guten, gesunden Granulationen, die Neigung zu rascher und fester Vernarbung zeigten, bedeckt gesehen. Die Nachbehandlung bestand in einem losen, trockenen Jodoformgazeverband des Wundtrichters und wenn derselbe nahezu mit Granulationen ausgefüllt war, in Eingießen von rohem Holzessig. In einzelnen Fällen, wo die Granulationen schlaff und blass wurden und die Ausfüllung der Höhle sich verzögerte, wurden mit bestem Erfolge Wattetampons, mit Ol. Terebinth. Chios. getränkt, eingelegt.

Eine derartige narbige Stenose oder Verwachsung, dass später Hämatometra eintrat, ist mir nicht begegnet. Ich bin natürlich weit entfernt davon, zu glauben, dass durch diese Behandlungsmethode Recidive in loco oder Metastasen in andere Organe verhindert werden, aber ich habe seltener als bei der sonst üblichen Be-

handlung der sog. inoperablen Krebsfälle das örtliche Recidiv und, wenn überhaupt, dann meist nach längerem Intervall auftreten sehen. Oft aber schützt die durch das Glüheisen und Chlorzink doppelt feste Narbe vor dem Eintritt des örtlichen Recidivs, und es bleiben so wenigstens den Frauen die rasch erschöpfenden Blutungen und die Jauchung, die sie für sich selbst, wie für ihre Umgebung unerträglich macht, erspart. Kommt übrigens ein Recidiv in loco, dann ist das eben geschilderte Verfahren auch zum zweiten und dritten Mal noch mit temporärem Nutzen anwendbar; es empfiehlt sich daher, solche Kranke einer dauernden Kontrolle, alle 2—3 Monate, zu unterziehen, auch wenn es ihnen scheinbar ganz gut geht, um wenn möglich die ersten Anfänge des Recidivs zu entdecken und bald dagegen einschreiten zu können.

Die Frage nach der intra-uterinen Chlorzinkätzung wegen uterinaler Leukorrhoe, welche gleichfalls in der qu. Sitzung der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft berührt wurde, muss selbstverständlich ganz gesondert von der oben erörterten betrachtet werden.

Ich habe bald nach der Empfehlung dieser Methode durch Rheinstädter (Grundz. d. Gynäk. 1886 p. 48 u. f.), veranlasst durch den Umstand, dass eine erhebliche Anzahl von Uterusblennorrhoen durch Abrasion der Schleimhaut und konsequente Anwendung intra-uteriner Jodinjektionen nicht dauernd zu heilen war, mich der Chlorzinkätzungen der Körperhöhlenschleimhaut des Uterus zugewandt und sowohl in meiner Privatklinik, als ambulant mehr als 100 Fälle im Laufe der letzten 2 Jahre derartig behandelt. Ich bin eben so wie Rheinstädter und Bröse mit den dauernden Erfolgen dieser Methode außerordentlich zufrieden und halte gleichfalls die Wirkung dieses Ätzmittels darum für ungefährlich, weil dasselbe ja nur 1—2 Minuten in der Uterushöhle verweilt und so keine tieferen Zerstörungen oder narbige Degeneration der Schleimhaut verursachen kann. Auch ich habe, wie Bröse, einige Fälle beobachtet, wo die Frauen nach ihrer Heilung durch intra-uterine Chlorzinkätzung wieder koncipirten, wo also von einer Zerstörung der Uterusschleimhaut nicht die Rede sein konnte, eben so wenig wie in ähnlichen Fällen durch das Curettement, das ich übrigens nicht selten der intra-uterinen Chlorzinkätzung vorausgeschickt habe. Eine narbige Stenose des Muttermundes sah ich nur in einem Falle, wo neben chronischem Körperhöhlenkatarrh eine papilläre Erosion weit auf die Außenfläche der Vaginalportion übergegriffen hatte und es zu deren Heilung nicht bloß der intra-uterinen Ätzung, sondern auch wiederholter und intensiver Bepinselungen der erodirten Stellen mit der 50%igen Chlorzinklösung bedurfte. Aber auch hier ließ sich die Stenose leicht durch Anwendung der Hegar'chen Bougies beseitigen und ist seitdem nicht wiedergekehrt; von ihrer sehr hartnäckigen Leukorrhoe blieb die Frau dauernd befreit. Jedenfalls dürften sich nach der intra-uterinen Chlorzinkätzung nicht so leicht narbige Stenosen oder Atresien am Muttermunde und im Cervikalkanal ausbilden, wie nach der Anwendung der rauchenden Salpetersäure, des Paquelin und vor Allem des Porzellanbrenners auf den Cervikalkanal und die Innenfläche der Uterushöhle. Ich hatte als Middeldorpff'scher und Spiegelberg'scher Schüler ganz besonders häufig Gelegenheit, die Wirkung der Galvanokaustik auf die Innenfläche des Uterus zu beobachten und später in meiner eigenen Praxis zu erproben. Die Wirkung der von dem Porzellanbrenner ausstrahlenden Hitze ist selbst bei ganz schwachem Strome (und weniger als eine Säule von 2 Elementen kann man ja, um den Uterusporzellanbrenner glühend zu machen, nicht anwenden) schwer berechenbar und ich habe häufig Perimetritis darauf folgen sehen. In einem Falle war außer der dem galvanischen Ausglühen der Uterushöhle folgenden Perimetritis der Effekt auch auf die Körperhöhlenschleimhaut ein so starker, dass dieselbe narbig entartete und die Kranke, die vorher an profusen Menorrhagien litt, nicht nur von da an steril, sondern auch unter den heftigsten, alle 4 Wochen wiederkehrenden Molimina menstrualia dauernd amenorrhoisch blieb.

Derartige Folgezustände dürfte die vorsichtig und in entsprechenden Zwischenräumen ausgeübte intra-uterine Chlorzinkätzung wohl kaum je haben. Dieselbe hat sich mir besonders bei gonorrhoischer Erkrankung des Endometrium nützlich er-

wiesen, wo die ganze Reihe der vorher angewandten Ätzmittel die Leukorrhoe nicht zu beseitigen vermochte. Es scheint dies also im Einklange zu stehen mit der auch von mir bestätigt gefundenen Fritsch'schen Empfehlung der vaginalen Chlorzinkinjektionen gegen Gonorrhoe der Vulva und Scheide. Versuche über den Koncentrationsgrad von Chlorzinklösungen, der zur Hemmung der Weiterentwicklung der Gonokokken nöthig ist, stehen bis jetzt allerdings noch aus; die praktische Erfahrung aber beweist, dass in der That durch Chlorzinkausspülungen die Heilung der Gonorrhoe beim Weibe sehr beschleunigt wird.

Breslau, 4. August 1888.

---

1) **Karl Schröder's** Lehrbuch der Geburtshilfe mit Einschluss der Pathologie der Schwangerschaft und des Wochenbettes. Zehnte Auflage, neu bearbeitet von Prof. Dr. R. Olshausen und Privatdocent Dr. J. Veit. Mit 145 in den Text gedruckten Holzschnitten.

Bonn, **Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen),** 1888.

Gewiss hat es allgemeine Befriedigung hervorgerufen, dass dieses mit Recht beliebteste aller deutschen Lehrbücher der Geburtshilfe mit dem Tode des Verf.s nicht veralten und allmählich verschwinden sollte. Aber auch über die Art, wie diese neue Bearbeitung sich nicht nur zu einem pietätvollen Denkmal für die hohen Verdienste des Verstorbenen, sondern auch zu einem werthvollen Merkzeichen des bisher errungenen Standpunktes unserer Wissenschaft und der ferneren Ziele der Forschung gestaltet hat, kann man nur die vollste Genugthuung empfinden.

Die Herausgeber waren, wie sie in der Vorrede betonen, sich der Schwierigkeit ihrer Aufgabe wohl bewusst; sie lag zunächst darin, dass ihre Anschauungen sich mit denen des verstorbenen Verf. nicht in jedem Punkte decken konnten. Ferner aber lag in dem Hauptvorzuge des bisherigen S.'schen Lehrbuches, in der Kürze, Bestimmtheit und Klarheit, in der Sicherheit, mit der, unterstützt durch die machtvolle Persönlichkeit und hohe wissenschaftliche Bedeutung des Verf., jede Schulmeinung vorgetragen wurde, auch wohl der Keim zu seinem Fehler, dass es nämlich bisher zu ausschließlich der Repräsentant der von S. geschaffenen »Berliner Schule« war. Weit entfernt, die Bedeutung derselben zu unterschätzen, können wir es im Interesse des vortrefflichen Werkes doch mit Freude begrüßen, dass neben einem der hervorragendsten Vertreter dieser Schule und bisherigen, bewährten Mitarbeiter S.'s auch sein Nachfolger auf dem Lehrstuhle sich dem nobile officium unterzogen und wichtige Kapitel des Buches wesentlich umgearbeitet hat. Die seit dem durch S. besorgten Erscheinen der 9. Auflage verflossenen 2 Jahre haben werthvolle Fortschritte in der Geburtshilfe gebracht, und wir finden sie unter sorgfältiger Berücksichtigung der Litteratur und unter maßvoller, gerechter Beurtheilung des Werthes jeder neuen Erscheinung dem bisherigen Inhalte nicht bloß angereiht, sondern mit ihm verarbeitet und organisch verbunden.

Wir heben in erster Linie die Pathologie des Wochenbettes aus der Feder von O. hervor; dies Kapitel bot vielleicht die Hauptschwierigkeit bei der Neubearbeitung dar, weil es hier vor Allem galt, besonders im bakteriologischen Theil, das sicher Feststehende der neuen Forschungen von dem nur Hypothetischen zu scheiden. Bei der Ätiologie hält der Verf. den Unterschied der Infektion von außen und der Selbstinfektion einer Wöchnerin aufrecht; bei der letzteren ist die inficirende Substanz schon im Körper der Kreißenden vorhanden, sei es in Form einer retinirten und faulenden Placenta, oder des in Fäulnis übergegangenen Fötus oder retinirter Sekrete. Sehr schlagend beweist hierbei (p. 738) O., dass eine absolute Trennung zwischen Selbstinfektion und Infektion von außen nicht durchzuführen ist, so dass nach des Ref. Ansicht der ganze Unterschied auf einen Wortstreit herauskommt. Ausgezeichnet klar und genau nach der Wirklichkeit gezeichnete Krankheitsbilder finden wir bei der nun folgenden klinischen Betrachtung (p. 745—778) der einzelnen, durch Infektion erzeugten Erkrankungen, in welcher

1) die Vulvitis und Colpitis,
2) die gutartige (nicht septische) Parametritis und Perimetritis,
3) die puerperale Septikämie,
4) die puerperale Pyämie,
5) die (isolirte) Endocarditis diphtheritica und
6) die Phlegmasia dolens puerperarum

beschrieben werden.

Mit Meisterhand ist die klinische Grenze zwischen den genannten Affektionen gezogen, ohne dass auch die gelegentliche Kombination derselben mit einander, z. B. der Septikämie mit Pyämie, der Endocarditis und Phlegmasie als Theilerscheinung der beiden oben genannten Formen, übersehen wäre. Jeder, dem sich öfters Gelegenheit bot, den Verlauf eines Puerperalfiebers von Beginn an zu sehen, wird die Treue der Beobachtung in diesen Schilderungen und die sorgfältige Verwerthung aller Symptome für die Diagnose und Prognose zu würdigen wissen. Der pathologisch-anatomische Theil findet sich annähernd so gut auch in den früheren Auflagen bearbeitet, der klinische ist ein Novum, wie wir es bis jetzt in keiner anderen Darstellung des Kindbettfiebers besaßen. Für den Praktiker von hohem Werth ist die Differentialdiagnose zwischen Septikämie vor Auftreten oder im Beginn der Peritonitis und zwischen einer gutartigen Para- oder Perimetritis, die freilich auch auf Infektion beruhen (p. 752), eben so der Hinweis auf das Vorkommen gonorrhoischer Peritonitiden im Wochenbett.

In der Therapie der Septikämie wird mit Rücksicht auf die Möglichkeit, dass noch fortdauernd neue infektiöse Stoffe in den Kreislauf eindringen, für alle diejenigen Fälle, wo wir bald nach Ausbruch der Krankheit hinzukommen, der Beginn der Behandlung mit einer gründlichen Desinfektion des Genitalrohres empfohlen. Placentarreste müssen zuerst manuell entfernt werden, Deciduareste

oder Eihäute, von denen kaum jemals gefährliche Infektionen ausgehen, entweder überhaupt nicht, oder nur dasjenige von ihnen, was aus dem Muttermunde in die Scheide hinabreicht. Noch weniger darf man jemals einen Uterus, der eine Frucht aus der zweiten Hälfte des Fruchtlebens ausgestoßen hat, mit der Curette oder gar mit dem scharfen Löffel ausräumen wollen. Die desinficirende Ausspülung ist so bald wie irgend möglich bei Beginn der Erkrankung zu machen; am nächsten Tage hat sie keine Bedeutung mehr. 3 bis 5%ige Karbollösungen sind jedem anderen Mittel vorzuziehen; Sublimatlösungen wegen unberechenbarer Intoxikationsgefahr bei Wöchnerinnen ganz zu vermeiden. Zur Verhütung gefährlicher Karbolintoxikation beobachte man während der Injektion anhaltend das Gesicht der Wöchnerin und schließe bei der ersten, stets sehr auffälligen Veränderung der Gesichtszüge den Schlauch durch Kompression mit den Fingern. Es kommt auch dann bisweilen noch zu völliger Bewusstlosigkeit, aber dieselbe geht schnell vorüber und die Pat. erholt sich bald. Die permanente Irrigation nützt thatsächlich nur selten und wenig; am meisten kommt es auf die erste desinficirende Ausspülung an, der allenfalls nach Verlauf weniger Stunden noch eine zweite folgen kann; weitere sind (nach Breisky) zwecklos. Diese sehr richtige Bemerkung möchte man besonders gewissen Praktikern einschärfen, die man zuweilen 1—2 Wochen lang täglich mehrmals Wöchnerinnen Uterusausspülungen machen sieht; erst wenn man dieselben inhibirt, erholen sich die armen, gequälten Frauen, die in Folge einer solchen Behandlung vor jeder Untersuchung und Berührung ängstlich zurückschrecken. Eben so beherzigenswerth ist die Warnung vor Bekämpfung des Fiebers bei Septikämie durch innere antipyretische Mittel. Bei einer Krankheit, welche binnen 8 Tagen zum Tode oder zur Besserung führt, ist das Fieber, selbst bei hoher Temperatur, an und für sich nicht Lebensgefahr bedingend. Bei dem mehr protrahirten Verlauf der Pyämie dagegen ist der Einwirkung des immer sich wiederholenden hohen Fiebers durch Anwendung kühler Bäder und auch innerer antipyretischer Mittel entgegenzutreten.

Bei der Schilderung der Pyämie wird sehr richtig hervorgehoben, dass die protrahirten Fälle, bei denen noch 40—50 Tage nach der Geburt Fröste und Temperaturen bis 41° vorkommen, meistens in Genesung endigen. Ref. sah erst in diesem Frühjahr einen solchen Fall nach 6wöchentlicher Dauer ohne nachweisbare lokale Erkrankung (wie O. als charakteristisch für die Pyämie hervorhebt) mit zahlreichen, embolischen Lungeninfarkten und diffuser, jauchiger, linksseitiger Pleuritis nach Operation der letzteren rasch heilen. Den Ausgang dieser letzteren Affektion stellt O. allerdings meist als letal hin.

Die ulceröse Endocarditis, die keine Krankheit sui generis, sondern nur eine Lokalisation der Sepsis, entweder die einzige oder wenigstens primäre, oder auch neben anderen Lokalisationen der

septischen Infektion auftretende ist, wird (p. 773) meisterhaft geschildert. Das Gesammtbild ist am meisten dem des Typhus ähnlich; Geräusche am Herzen fehlen oft dauernd, eine Vergrößerung desselben wird nicht nachweisbar.

Die Phlegmasia dolens durch akute phlegmonöse Schwellung des Bindegewebes, die allerdings öfters sekundär durch Kompression zu Venenthrombose führt, wird streng geschieden von der primären Venenthrombose der unteren Extremitäten und von den selteneren, aber auch viel ungünstigeren sekundären, durch die Vena hypogastrica und V. iliaca communis von der Placentarstelle her fortgeleiteten; die letzteren sind regelmäßig inficirt und es kommt von ihnen aus zur Pyämie. Als Krankheitszustände leichterer Art, welche Fieber bedingen können, lässt O. neben der schon von S. erwähnten Temperatursteigerung bei Koprostase und nach starken Blutverlusten auch psychische Aufregungen zu, weist aber gleichzeitig auf die kleinen Risse des Cervix und der Vagina als die allerhäufigste, oft aber nicht nachweisbare Ursache leichter Fieberbewegung hin. Die Diagnose »Milchfieber« schließt er noch nicht völlig aus, räth aber, damit sehr vorsichtig zu sein und lässt diese Deutung nur zu, wenn bei einer Temperatur unter 38,4° andere Ursachen für das Fieber nicht zu finden, die Brüste um die Zeit der Steigerung wirklich schmerzhaft gespannt sind und die Temperatur anderen Tages wieder zur Norm zurückgekehrt ist.

Bei den Lageveränderungen des Uterus und der Scheide wird gerathen, die eingetretene Retroflexio nach Ablauf von 5 Wochen durch Anwendung eines Pessars mechanisch zu behandeln; Ref. hat dies nicht selten mit Vortheil schon viel früher gethan und bei solchen Frauen, die schon vor der letzten Schwangerschaft an Retroflexio litten, nach Fritsch zur Verhütung des Wiedereintritts derselben schon am 9.—10. Tage des Wochenbetts ein Pessar eingelegt.

Bei den Blutungen im Wochenbett könnte (p. 796) neben den zuerst von Kiwisch erwähnten, bedeutenden Hämorrhagien bei Herzfehlern und anderen Kreislaufstörungen auch auf die oft lebensgefährlichen Blutungen bei Ikterus, sei es durch Phosphorvergiftung oder akute, gelbe Leberatrophie oder hochgradige Cholelithiasis, hingewiesen werden.

Zu den akuten Exanthemen im Wochenbett ist wohl der Abdominaltyphus nur durch ein Versehen gerechnet. Sogenanntes puerperales Scharlach hält O. in Übereinstimmung mit S. und im Gegensatz zu den Engländern für keine besondere Form der puerperalen Septikämie; es kommen aber bei Wöchnerinnen leichte und schwere Formen von Scharlach vor und sind als solche bei Abwesenheit aller Symptome septischer Erkrankung zu diagnosticiren, wenn sie mit Fieber, Angina, Exanthem etc. einhergehen und sich, wie nicht selten (A. Martin u. Schröder) mit Endometritis diphtheritica kompliciren.

Wesentliche Veränderungen hat auch der Abschnitt über den Geburtsmechanismus bei Schädellage (Olshausen) erfahren.

Die Drehung des auf dem Beckenboden angelangten Kopfes um seinen Höhendurchmesser mit der Hinterhauptsfontanelle nach vorn wird nach Eichstedt hauptsächlich auf die Drehung des kindlichen Rumpfes nach vorn und dessen Einfluss auf den Schädel zurückgeführt, erst in zweiter Reihe auf die Gestaltung und elastische Beschaffenheit des muskulösen Beckenbodens, während nach S. (9. Aufl. p. 174—177) diese letztere das alleinige und primum movens sein und der Rumpf sich mit dem Kopf nur allmählich mitdrehen sollte. Konsequent wäre es allerdings von O. die Beschaffenheit des Beckenbodens als das zweite, die Drehung fortsetzende und vollendende Moment, lieber ganz wegzulassen, da man Veit und Fritsch zugestehen muss, dass die Drehung beginnt, noch bevor der Kopf den Beckenboden erreicht.

Auch die Entstehung und der Mechanismus der Vorderkopf- oder (wie sie O. besser nennt) Vorderhauptlage wird eingehend geschildert und auf abnorme Kleinheit des Schädels (besondere Häufigkeit beim zweiten Zwilling!) oder auf starke Entwicklung des Hinterhauptes bei großem Kopf oder auf die meist bestehende Dextroversion des Uterus bei zweiter Schädellage mit dorso-posteriorer Stellung zurückgeführt. Abgesehen von dem sehr erschwerten Austritt des Kopfes mit der ungünstigeren, fronto-occipitalen Schädelperipherie ist bei dieser Lage eine größere Wehenkraft erforderlich, weil der Fruchtwirbelsäulendruck sich nicht direkt auf die Stirn, als den zuerst austretenden Theil, fortsetzt. Trotzdem räth O. (und mit Recht) die Zange wegen ihrer Schwierigkeit und Gefahr von Verletzungen der mütterlichen Theile nur bei wirklicher Noth anzulegen.

Bei der Erörterung der Ursache der Gesichtslagen werden die zahlreichen, dafür bis jetzt angegebenen Momente einer scharfen Kritik unterzogen und sämmtlich höchstens als begünstigend für das Zurückgehaltenwerden des Hinterhauptes anerkannt. Der bestimmende Einfluss der Hecker'schen Dolichocephalie wird entschieden in Abrede gestellt und durch zwei überzeugende Abbildungen eines brachycephalischen und eines dolichocephalischen Schädels bei Steißlage gezeigt, dass bei sehr prominentem Hinterhaupt ceteris paribus eine Gesichtslage nur leichter entsteht, als bei kürzerem Hinterhaupt. Als wesentliche, vielleicht die gewöhnliche Ursache der Gesichtslagen ist nach O. die Schieflagerung des Uterus bei beweglich über dem Becken befindlichen Kopf anzusehen, wenn zugleich (Matthews Duncan) das Hinterhaupt nach derselben Seite gerichtet und abgewichen ist, nach welcher der Gebärmuttergrund liegt. Die Ursache der Drehung des Kinnes von der Seite nach vorn ist wiederum, wie bei den Schädelgeburten, in der Drehung des Rumpfes zu suchen; sehr überzeugend wirkt in diesem Sinne Fig. 71, die vortreffliche Abbildung eines in Gesichtslage geborenen Kindes.

Bei der Therapie der Gesichtslagen wird bei beweglich

oberhalb des Beckens befindlichem Schädel in allen Fällen, wo man annehmen kann, dass die Geburt in Kopflage sich ohne Schwierigkeit vollziehen wird, angerathen, zunächst die Umwandlung in Kopflage als den entschieden geringeren Eingriff zu versuchen, und zwar nach der neueren sehr günstige Resultate liefernden Thorn'schen Methode, wonach die innere halbe oder ganze Hand den Kopf zu drehen, die äußere Hand aber durch Druck gegen die fötale Brust und zuletzt durch Hinüberschieben des Steißes in die andere Seite die Haltung des Rumpfes zu ändern hat.

Die in neuester Zeit wieder so sehr aus einander gehenden Ansichten über die Leitung der Nachgeburtsperiode werden (p. 224—228 Olshausen) mit unparteiischem Eklekticismus zu einer in gleicher Weise den physiologischen Verhältnissen, wie dem praktischen Bedürfnis entsprechenden Methode zusammengefasst. O. beginnt zunächst mit der Richtigstellung der Meinungen über die Credé'sche Methode, die auch in den früheren, von S. besorgten Auflagen nicht ganz korrekt wiedergegeben ist; da heißt es (9. Auflage p. 219): Das Wesentliche der Credé'schen Methode besteht darin, dass die Nachgeburt manuell aus dem Uteruskörper exprimirt wird, während in Wirklichkeit Credé die Lösung der Nachgeburt der Wehenthätigkeit überlassen, die Austreibung aber, da sie spontan meist zu langsam erfolgt, durch einen vorzüglich erdachten Handgriff herbeiführen will. Die Hand soll nach der Geburt des Kindes zunächst nur überwachen; nur bei entschieden pathologischer Erschlaffung oder Blutung sollen Reibungen gemacht werden. Auch beginne man die Expression frühestens 10 Minuten nach der Ausstoßung des Kindes, um der Placenta Zeit zur Lösung zu lassen und den Uterus nicht allzu schnell zu entleeren.

Das einzige Desiderat, das bisher noch für die Credé'sche Methode blieb, nämlich vor der Expression die Diagnose zu stellen, ob die Placenta im Uterus gelöst sei oder nicht, findet seine Erledigung durch das Ahlfeld'sche Zeichen, nämlich das Vortreten des Nabelstranges aus der Vagina nach erfolgter Lösung, ferner durch den S.'schen und E. Cohn'schen Nachweis, dass die Ausstoßung der Placenta aus dem Uteruskörper in das untere Uterussegment ein Hinaufsteigen des Fundus uteri bis erheblich über den Nabel, unter gleichzeitiger Verschmälerung desselben zur Folge hat, während sich über der Symph. o. p., durch eine deutlich sichtbare Furche vom Corpus getrennt, eine weiche Vorwölbung bildet — die im Durchtrittsschlauch liegende Nachgeburt. Es ist also nach Olshausen jetzt rationell, mit der Expression der Nachgeburt zu warten, bis die beschriebene, leicht erkennbare Veränderung sich vollzogen hat. Ausnahmsweise, wenn sich nach B. S. Schultze die Placenta mit ihrer fötalen Fläche auf das Orif. intern. legt und sich hinter ihr ein größerer Bluterguss sammelt, soll man die Expression alsbald vornehmen.

Bei derartig richtiger Anwendung hat das Credé'sche Verfahren keineswegs die ihm neuerdings nachgesagten Gefahren und Nachtheile, und auch der von Credé etwas früh gewählte Zeitpunkt zum Beginn der Expression ist nunmehr auf naturgemäßer Basis bestimmbar. Ahlfeld's Angriffe gegen das Verfahren haben allerdings das Gute gehabt, dass sie von Neuem die Beobachtung des natürlichen Herganges der Nachgeburtsperiode angeregt haben.

Die von V. bearbeitete Operationslehre hat in einzelnen Kapiteln, z. B. beim Kaiserschnitt, wesentliche Vervollständigung erfahren. Gleich in der Einleitung zur Operationslehre (p. 260) wäre jedoch vielleicht eine etwas ausführlichere Darstellung der Desinfektionslehre und ein ganz bestimmtes Desinfektionsregulativ von Nutzen gewesen. Mit der bloßen Anweisung z. B. die äußeren Genitalien und die Scheide, so weit sie zugänglich, zu reinigen und mit Karbolsäure- oder Sublimatlösung zu benetzen, ist für die Mehrzahl der Praktiker noch nicht genug geschehen. Bei der Beschreibung der Methoden für die künstliche Frühgeburt vermissen wir eine bestimmte Meinungsäußerung des Verf., welche derselben die Anforderung der Gefahrlosigkeit und dabei einer sicheren und prompten Wirksamkeit entspricht. In praxi stellt sich der Modus procedendi ja meist so, dass man mit einer vorbereitenden Methode (heißen Bädern und Kiwisch'scher Uterusdusche) beginnt und — falls diese überhaupt nicht oder zu langsam zum Ziele führen — zu wirksameren, zunächst wohl meist zum Einlegen eines elastischen Bougies nach Krause übergeht. Allerdings sind auch dem Ref. schon mehrmals solche, von V. erwähnte Fälle von so geringer Erregbarkeit des Uterus vorgekommen, dass selbst tagelanges Liegenlassen der Bougies keine Wehen erregte und schließlich nur der Eihautstich half.

Bei der Zangenoperation wollte uns die Beurtheilung der Achsenzugzange doch etwas zu ungünstig erscheinen. Wenn (p. 295) ganz richtig bemerkt ist, dass sie nur dann in Frage komme, wenn der Kopf im Beckeneingange steht, dass gerade hierbei aber im Allgemeinen die Anlegung der Zange in Deutschland widerrathen werde, so ist das im Widerspruch mit der p. 578 bei der Therapie des engen Beckens zugelassenen Indikation der Anlegung der Zange, sobald der Kopf mit seiner größten Peripherie im Eingange des mäßig verengten, platten Beckens steht und nun Gefahren für die Mutter oder das Kind oder Stillstand der Geburt wegen eingetretener Wehenschwäche die Beendigung derselben wünschenswerth machen. Wenn man überhaupt diese Indikation für zulässig hält (Ref. ist persönlich dagegen), dann ist ein vorsichtiger Versuch mit der neuen Zange wegen des durch die Achsenzugvorrichtung erleichterten Zuges und des damit verbundenen, schwächeren Druckes auf die mütterlichen Weichtheile und der geringeren Kompression des kindlichen Schädels halber sicher ungefährlicher, als ein Zug mit dem alten Instrument, dessen Griffe man ev. mit einem Handtuche zusammenbinden und »stehende Traktionen« nach hinten, unten ausüben soll. Die komplicirtere Kon-

struktion und schwierigere Reinigung der Tarnier'schen Zange (der einzige, gerechter Weise ihr zu machende Vorwurf) wird reichlich aufgewogen durch die mittels derselben ermöglichte achsenmäßige Zugrichtung, Erleichterung der Extraktion und durch die freiere Beweglichkeit des mit der Zange gefassten Kopfes. Bei älteren Mehrgebärenden mit normalem Becken, aber dünnem, abgearbeitetem Uterus, dadurch insufficienten Wehen und Stillstand des Kopfes im Beckeneingange, ist nach Freund die Achsenzugzange wirksamer und ungefährlicher, als das alte Instrument.

Für die schwierige Extraktion des nachfolgenden Kopfes mit nach vorn gerichtetem Kinn ist, wenn es nicht gelingt, mit den Fingern in den Mund zu kommen und das Gesicht in die Seite des Beckens hineinzuziehen, die alte Empfehlung der Zange wohl zu beachten und für diese Fälle wirksamer, als der p. 317 hierfür angegebene sogenannte Prager Handgriff. Ref. ist ein unbedingter Anhänger des Veit-Smellie'schen Handgriffes, legt aber nach Spiegelberg's Rath bei jeder Extraktion an den Füßen die Zange bereit, um bei nach vorn gerichtetem Kinn den nochfolgenden Kopf mit ihr zu entwickeln, und glaubt dadurch schon manches kindliche Leben gerettet zu haben.

Die Ausführung des V.'schen Handgriffes anlangend, möchte Ref. die Vorschrift (p. 316), einen gleichzeitigen Zug auf Nacken und Unterkiefer (ganz vorzugsweise natürlich auf den ersteren) auszuüben, wenigstens für das enge Becken dahin abgeändert sehen, dass zuerst durch einen Zug eines oder zweier Finger im Munde das Kinn der Brust genähert, dann der Nacken herabgezogen und nun erst ein gleichzeitiger Zug an beiden ausgeübt wird. Es ist dies die natürliche Nachahmung des normalen Durchtrittsmechanismus des nachfolgenden Kopfes, nach welchem derselbe mit dem bitemporalen Durchmesser die Conjugata passirt. Dies ist besonders für das platte Becken sehr wichtig, da so der Kopf mit seinem kleinsten Durchmesser durch die engste Stelle des Eingangs relativ leicht hindurchgeht, während umgekehrt bei Befolgung des V.'schen Rathes, ganz vorzugsweise durch Zug auf den Nacken zu wirken, der biparietale Durchmesser in die Conjugata gezogen wird und diese nur schwer und nicht selten mit Verletzung des kindlichen Schädels passirt.

Bei der Besprechung der durch sog. Tetanus uteri erschwerten Wendung wird als souveränes Mittel zur Lösung des tonischen Krampfes des Hohlmuskels mit Recht das Chloroform empfohlen (p. 345); Ref. kann aus langjähriger Erfahrung versichern, dass ein bei Weitem vollkommenerer Nachlass der Spannung des Uterus bei Anwendung der von ihm empfohlenen subkutanen Morphium-Atropininjektionen mit nachfolgender Chloroformnarkose eintritt, ohne dass in der Nachgeburtsperiode Atonie des Uterus zu fürchten wäre. Auch die Knie-Ellbogenlage, die O. mit Recht p. 662) bei der Behandlung des Vorfalls der Nabelschnur empfiehlt, möchte Ref. für die schwierige Wendung, bei sog. vernachlässigten Querlagen und

bei Anliegen der Füße an der vorderen Uteruswand genannt sehen; in seiner früheren poliklinischen Thätigkeit und besonders in der Landpraxis gelang dem Ref. in dieser Position der Kreißenden oft überraschend leicht die Wendung, die auf dem üblichen Querbett vorher wiederholt vergeblich versucht war.

Sehr eingehend und gut ist die Neubearbeitung des Kapitels vom Kaiserschnitt. Dem verbesserten klassischen Kaiserschnitt wird sein volles Recht gewahrt und die Porro'sche Operation nur als angezeigt erachtet:

1) bei Indikation zur Sect. caesar. durch Uterusmyome, die ihrerseits bald die Myomotomie erfordern würden;

2) bei Osteomalacie als Ursache der Beckenverengerung zur eventuellen gleichzeitigen Heilung der fortschreitenden Erkrankung; hierzu genügt vielleicht allein die Kastration;

3) bei hochgradigen Narbenstenosen der Scheide, welche dem Abfluss der Lochialsekrete hinderlich wären;

4) bei Infektion, welche vor der Ausführung des Kaiserschnittes einen hohen Grad erreicht hatte und daher für die Laparotomie von schlechter Prognose ist. Allerdings möchte Ref. darauf aufmerksam machen, dass man in diesem letztgenannten Falle den Cervix, als den gewöhnlichsten Hauptausgangspunkt der Infektion, auch durch die Porro'sche Operation nicht mit entfernen kann, wenn er auch durch tiefes Ausschneiden seiner Schleimhaut und Ausbrennen einigermaßen zu desinficiren ist und selbstverständlich in solchen Fällen extraperitoneal fixirt werden muss. Die Wahl des Nahtmaterials für den konservirenden Kaiserschnitt, die V. für ziemlich gleichgültig erklärt (p. 367), dürfte denn doch nicht so ganz unwichtig sein. Denn es mehren sich die Stimmen, die die Naht ausschließlich mit Katgut widerrathen und wenigstens die Muscularis mit festen Seidenknopfnähten vereinigt wissen wollen. Auch Ref. verlor vor Kurzem einen Fall von Sect. caesarea bei osteomalacischem Becken dadurch, dass er ausschließlich mit (sonst zuverlässigem) Juniperus-Katgut in drei Etagen (Decidua, Muscularis und Peritoneum) nähte und dass durch vorzeitige Resorption einzelner Fäden Uterussekrete in die Bauchhöhle traten.

Die Extra-uterin-Schwangerschaft ist von V., dessen Specialstudium dieselbe seit längerer Zeit bildet, in einer, den erweiterten Erfahrungen der letzten Jahre entsprechenden, nicht unerheblich veränderten Weise dargestellt worden. Auch einzelne, nach der Natur gezeichnete und sehr instruktive Abbildungen (Fig. 103 und 104) sind neu hinzugekommen. Besonders bemerkenswerth erscheint uns der p. 429 ausgesprochene Zweifel, ob primär die Einbettung des Eies auf dem Peritoneum erfolgen kann (Abdominalschwangerschaft), weil der sichere Nachweis, dass es sich nicht um tubare oder ovarielle Schwangerschaft handle, noch fehlt. Bei der Diagnose vermissen wir den Hinweis auf die Schwierigkeit, die dadurch entstehen kann, dass im Beginn einer Extra-uterin-Schwangerschaft die früher stets

regelmäßige Menstruation nicht — wie V. meint — plötzlich ausbleibt, sondern, wenn auch unter der Form atypischer Blutungen, wiederkehrt, so dass im Anfange geradezu anhaltende Metrorrhagien da sind. Ref. hat dies wiederholt gesehen und das Krankheitsbild wurde dadurch zuweilen noch undeutlicher, dass die Extra-uterin-Gravidität Individuen betraf, die wegen vorher bestandener Erkrankungen der Uterusadnexa schon immer an Unregelmäßigkeiten der Menstruation gelitten hatten und daher keine zuverlässigen Anhaltspunkte für ein Ausbleiben der letzteren darboten. Vor der Sondirung des Uterus zum Nachweis der extra-uterinen Entwicklung des Eies, wie es V. empfiehlt, möchte Ref. an dieser Stelle nochmals warnen. Seine a. o. O. (Sammlung klin. Vorträge No. 217) mitgetheilte Erfahrung, dass durch die Sondirung des Uterus reflektorisch Kontraktionen oder Ruptur des Fruchtsackes ausgelöst werden können, ist jüngst auch von anderer Seite bestätigt worden.

Die Therapie beim platten Becken finden wir von O. wesentlich vereinfacht dargestellt. Die Lehre von der Wendung beim engen Becken wird unter dem Gesichtspunkte betrachtet, dass der vorangehende Kopf sich bei guten Wehen viele Stunden zur Konfiguration Zeit lassen kann, ohne das kindliche Leben zu gefährden, während der nachfolgende nur wenige Minuten dazu beanspruchen darf, dass vor Allem durch die langsame, aber stetige Arbeit guter Wehen (z. B. bei Erstgebärenden) selbst erhebliche Missverhältnisse zwischen Kopf und Becken noch günstig ausgeglichen werden, welche beim nachfolgenden Kopf durch den kräftigsten und geschicktesten Zug niemals ohne letale Schädelläsionen überwunden werden können. Gerade durch den sonst so vorzüglichen Veit-Smellieschen Handgriff entstehen nicht selten beim Aufwand einiger Kraft die absolut tödliche Sprengung der Sutura squamosa und Absprengung der Partes condyloïd. des Occiput. Uns scheint diese Beurtheilung der Wirkung des raschen Durchziehens des nachfolgenden Kopfes durch das enge Becken richtiger, als die etwas optimistische Auffassung S.'s (9. Aufl. p. 579—580). Wo gute Wehen fehlen, bleibt nur die Wahl zwischen Wendung und Kraniotomie; denn die Zange darf nach O. erst da angewandt werden, wo das Missverhältnis schon nahezu oder völlig ausgeglichen ist. »Sie passt für das enge Becken im Allgemeinen wie die Faust aufs Auge und hat dabei schon unendlich viel Unheil angerichtet, zum Theil desshalb, weil so mancher Arzt den noch hochstehenden Kopf für einen schon ins Becken getretenen hält.« O. räth daher, wenn das Missverhältnis zwischen Kopf und Becken kaum noch die Möglichkeit zulässt, dass das Kind lebend zur Welt kommt, im Interesse der Mutter zur zeitigen Wendung, möglichst bald nach dem Blasensprung und bei genügend weitem Muttermunde. Die Wendung ist ferner wegen der schlechten Aussicht für die Konfiguration des vorangehenden Kopfes zu empfehlen, wo bei einem nicht ganz geringen Missverhältnis die Wehen-

thätigkeit nach der Erfahrung von früheren Geburten oder nach Beobachtung der zu behandelnden Geburt eine schlechte ist. Diese beiden Sätze scheinen uns in der That alles Nöthige zu enthalten.

Die Regeln, die O. für die Ausführung der in neuerer Zeit mit Unrecht vernachlässigten Reposition der vorgefallenen Nabelschnur bei völliger Erweiterung des Muttermundes giebt, sind weniger und präciser, als in den früheren Auflagen: Man operire stets in Knie-Ellbogenlage, man nehme stets sogleich die ganze Hand zur Reposition und man reponire schnell, wenn gleich sich dabei ein momentan stärkerer Druck auf die Schnur niemals vermeiden lässt. Nicht zu billigen ist die Reposition und allein die Wendung am Platze:

1) wenn die Nabelschnur nur noch wenig frequent und schwach pulsirt,

2) wenn das Becken sehr eng und die Kopfstellung in Folge dessen eine sehr schlechte ist,

3) wenn außer der Nabelschnur ein Arm vorgefallen ist und

4) bei Vorfall einer großen Masse Nabelschnur und bei gleichzeitig ungünstigen Verhältnissen seitens des Beckens oder der Schädelstellung.

Außer diesen besonders hervorgehobenen, erheblichen Abänderungen finden wir auch, in allen übrigen Kapiteln des Buches eingestreut, zahlreiche Zusätze und Verbesserungen, ferner eine Anzahl neuer Abbildungen, zum Theil als Ersatz früherer und endlich die Ausstattung des Buches in so fern angenehmer, als die das Auge ermüdenden früher sehr zahlreichen, klein gedruckten Anmerkungen auf das möglichst geringste Maß beschränkt erscheinen. So können wir den Wunsch der Herausgeber, dass das Werk Studenten und Ärzten von Nutzen und zugleich ein Denkmal für die bahnbrechende Thätigkeit S.'s sein möge, schon heute als vollständig erfüllt bezeichnen.

E. Fränkel (Breslau).

---

2) **Fritsch** (Breslau). Klinik der geburtshilflichen Operationen. 4. Auflage.

Halle, **M. Niemeyer,** 1888.

Die neue Auflage ist völlig umgearbeitet und dennoch kürzer als die früheren. Der Verf. hat sich bemüht, die Lehre vom Mechanismus, überhaupt alle mehr theoretischen Auseinandersetzungen zu kürzen. Dafür sind eine Anzahl Bilder hinzugekommen, die wohl so deutlich, wie bisher in keinem Buche, die Kindeslagen, Kopfstellungen etc. demonstriren.

Einzelne Kapitel, wie z. B. das Verfahren bei geburtshindernden Geschwülsten, Stenosen etc. sind ausführlicher behandelt.

Die Absicht des Verf., die Lehre von den geburtshilflichen

Operationen klar und verständlich auf der Basis der modernen Antisepsis aufzubauen, hat er wohl erreicht. Zeiss (Erfurt).

---

3) **A. Dührssen** (Berlin). Über Ernährung und Stoffwechsel der menschlichen Frucht.

(Archiv f. Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 3.)

Da gegen die bekannten Gusserow'schen Versuche, welcher Kreißenden benzoesaures Natron verabreichte und danach sowohl im kindlichen Urin wie im zugehörigen Fruchtwasser Hippursäure, niemals aber Benzoesäure fand, von Ahlfeld der berechtigte Einwand erhoben war, die dort nachgewiesene Hippursäure könnte entweder direkt von der Mutter als solche zugeführt worden sein, die Umwandlung der Benzoesäure also schon im mütterlichen Organismus stattgefunden haben oder dass letztere in der Placenta vor sich gehe, so wiederholte D. jene mit specieller Rücksicht auf diese noch unentschiedenen Fragen. Zunächst untersuchte er das retroplacentare Hämatom und das Nabelvenenblut bei solchen Frauen, welche während der Geburt Benzoesäure und Glykokoll erhalten hatten. Das Resultat war ein gänzlich negatives. Weder im mütterlichen noch im Nabelvenenblut fand sich Benzoe- oder Hippursäure. Das Fehlen der ersteren im mütterlichen Blut erklärt sich dadurch, dass sie ungemein rasch durch die Nieren ausgeschieden wird.

Dagegen konnte D. in 6 Fällen relativ ansehnliche Mengen Benzoesäure in der Placenta nachweisen, während Hippursäure sich nie fand. Letztere aber wurde in 3 Fällen im kindlichen Urin, in 4 im Fruchtwasser gefunden. Benzoesäure fehlte in diesem stets, ein Beweis dafür, dass ein Übergang durch das Fruchtwasser nicht stattfindet. Er erhält durch den Umstand noch eine Stütze, dass letzteres in mehreren Fällen vor Darreichung der Benzoesäure bereits völlig abgeflossen war.

Wenn von Preyer behauptet worden ist, bisher sei es noch Niemand gelungen den unmittelbaren Übertritt irgend eines von den normalen Bestandtheilen des mütterlichen Blutes, den Sauerstoff ausgenommen, in den Organismus der Frucht nachzuweisen, so glaubt D. dies durch die Ergebnisse seiner Versuche widerlegt zu haben, da Benzoesäure ein normaler Bestandtheil des menschlichen Blutes ist. Ferner hält er sich berechtigt aus dem schnellen Übergang einer verhältnismäßig erheblichen Quantität Benzoesäure in das fötale Blut und deren schnelle Umwandlung in Hippursäure durch die kindliche Niere auf einen regeren fötalen Stoffwechsel, als ihn Pflüger annimmt, schließen zu dürfen. Da sich in manchen Fällen auch im Fruchtwasser Hippursäure fand, so liegt hierin ein Beweis, dass bereits vor dem Blasensprung eine Entleerung des Urins in das Fruchtwasser hinein stattfindet.

Dies wird auch von den Gegnern der Gusserow'schen Lehre für die Geburt zugegeben; sie leugnen aber die Abstammung des Fruchtwassers vom Kinde für die Schwangerschaft, und sehen es als ein Transsudat aus den mütterlichen Gefäßen an. D. bestreitet dies, da er weder am letzten Tag noch in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft (2 Fälle) ein Transsudiren der Benzoesäure in das Fruchtwasser nachweisen konnte. Im Gegentheil glaubt er sich auf Grund der Ergebnisse seiner Versuche zu der Annahme berechtigt, dass schon in der zweiten Hälfte der Gravidität die fötalen Nieren secerniren und dass das in dieser Zeit noch producirte Fruchtwasser als fötaler Urin vom Fötus herstammt. **Graefe** (Halle a/S.).

---

4) **Ehrendorfer** (Innsbruck). Leitung der Geburt und des Wochenbettes nach antiseptischem Principe.

(Klinische Zeit- und Streitfragen Bd. II. Hft. 5. Wien 1888.)

Die übersichtlich zusammengestellte Arbeit behandelt in einem einleitenden Kapitel den Sitz der pathogenen Keime beim Weibe nach Döderlein's Untersuchung und macht darauf aufmerksam, dass wir bis jetzt kein Mittel besitzen alle schädlichen Keime im Uterovaginalschlauche zu zerstören, ohne dadurch dem menschlichen Organismus selbst wieder zu schaden, es sind daher die Geburtshelfer im Gegensatze zu den Chirurgen, die sich leichter den Zugang zu den Wunden verschaffen können, darauf angewiesen, die schädlichen Stoffe mechanisch so vollständig als möglich zu entfernen und durch antiseptische Mittel deren Entwicklung hemmen zu suchen.

Im folgenden Abschnitte »antiseptische Maßregeln im Verlaufe der Schwangerschaft« weist E. auf die Wichtigkeit der Reinigung der äußeren Geschlechtstheile mit Wasser und Flanell, so wie der Brüste mit lauem Wasser und Zusatz von Alkohol ohne Seife jedoch hin.

Das Kapitel über »antiseptische Maßregeln im Beginne, während und nach der Geburt« beginnt mit der Forderung eines Voll- oder wenigstens Sitzbades und energische Reinigung des externen Genitale mittels eingeseifter Flanelllappen und antiseptischer Flüssigkeit. Vor der ersten Digitaluntersuchung energische Säuberung der Scheide mittels gut gereinigten Mutterrohres, unterstützt soll die Vaginalausspülung durch mechanisches Auswischen der Scheide und ihrer Gewölbe mittels Finger werden. E. fordert selbstverständlich diese letztere Manipulation vom Arzte auszuführen, aber auch die prophylaktische Vaginalirrigation soll nur von einem Arzte und nie von der Hebamme vorgenommen werden. Bezüglich der Desinfektion der Hände des Untersuchenden schreibt Verf. Waschung derselben mit lauem Wasser, Seife und Bürste, hernach mit Brennspiritus vor und empfiehlt dann dringend ein Handbad durch einige Minuten in einer Desinfektionsflüssigkeit, worauf mit nasser Hand untersucht wird.

Bei der Untersuchung solle man Abstand nehmen mit dem Finger in den Cervikalkanal einzudringen, da man sich beinahe immer durch den Fornix klar werden kann. Im Wochenbette sind Stopftücher entbehrlich, und bei normalem Verlaufe desselben sollen die Genitalien und Umgebung täglich 2mal abgespült und mit nasser Watte gereinigt werden.

»Antisepsis in Bezugnahme auf die Pathologie der Geburt« betitelt sich der nächste Abschnitt, indem die Behandlung der Schleimhautverletzungen (Bestreuung mit Jodoform oder Salicyl-Amylumpulver oder Bepinselung mit Jodtinktur), der Dammrisse und Episiotomiewunden (exakte Naht mit Seide oder Katgut), der Kolpotomie, der Hysterostomatomie und des Cervixrisses (gründliche Reinigung der Vagina, Jodoformgaze, Docht oder Stifte) erörtert wird. Bei kompleter Uterusruptur plaidirt E. für Laparotomie und Naht des Risses. Dass für operative Eingriffe strengste Antiseptik der Instrumente, Hände und des Operationsfeldes gefordert wird, ist klar und es wird besonders auf die Vortheile mit nasser Hand zu operiren und statt eventuell nöthiger Handtücher auf die rationellere Verwendung von Gazestücken als »aseptische Handtücher und Wendungschlinge« hingewiesen. Bei Blutungen wegen Plac. praev. wird statt des Kolpeurynters die Tamponade mit Kugeln aus präparirter Watte oder Gaze, eventuell in Jodoformgaze eingeschlagen, vorgezogen. Abortusblutungen sollen mittels Curettement nur bei erst einige Wochen bestehender Gravidität behandelt werden, in den übrigen Fällen kommt man mit exspektativer Methode auch zum Ziele. Wenn Dilatation des Orificium nöthig, sei dieselbe durch Jodoformgaze oder durch Hegar's Stifte vorzunehmen. Bei atonischer Blutung Massage, Secale, intrauterine Irrigation und erst dann Tamponade des Fornix, die eben so viel nütze als die Tamponade der Uterushöhle mit Jodoformstreifen. Eisenperchlorid ist zu verwerfen.

Im letzten Kapitel wird die »Pathologie des Wochenbettes — antiseptische Maßregeln« abgehandelt. Bei missfarbigem Lochialsekret ist immer die Scheide auszuspülen und digital die Ursache der Erkrankung aufzusuchen; Placentarreste sind mit einer Polypenzange am bequemsten zu entfernen. Ist eine Wundinfektion (Puerperalfieber) vorhanden, so beginne schnell die lokale Therapie, insbesondere räth E. zur Durchführung derselben, dass man sich im Spiegel die Vaginalportion sichtbar mache, selbe eventuell mit Jodtinktur behandelt; bei Endometritis verwirft er die Abrasio, empfiehlt dafür Jodoformstifte resp. Gazestreifen. Kinder fiebernder Wöchnerinnen sollen von denselben nicht weiter gesäugt werden, wegen Gefahr der Infektion durch die Milch.

In einem Anhange bespricht E. die »antiseptischen Lösungen«, von denen außer Karbol, Salicyl und Sublimat besonders die essigsaure Thonerdelösung empfohlen wird; ferner die Verschreibung der Jodoformstifte, an deren Stelle auch Salicyl (0,50 g pro Stift) gesetzt werden könne und fordert noch einmal, dass die Ausspülungen des

Genitalkanales, besonders bei kranken Puerperen, vom Arzte selbst vorgenommen werden sollen. **Torggler** (Innsbruck).

Kasuistik.

5) New York County Medical Association.

Sitzung am 16. April 1888.

(Boston med. and surg. Journ. 1888. Mai 10. p. 478.)

Dr. Janvrin sprach über: Die primäre Entfernung von Tube und in ihr enthaltenem Fötus durch Laparotomie in Fällen, wo Schwangerschaft diagnosticirt wurde, bevor Ruptur irgend eines Theiles der Tube eintrat.

Redner unterscheidet sekundäre und primäre Operation, je nachdem der Entfernung der Tube und ihres Inhaltes Blutungen vorausgegangen sind oder nicht. Die Entfernung der Tube und des in ihr befindlichen Eies nach Blutungen ist eine anerkannte und vielfach schon mit Erfolg ausgeführte Operation. Anders die primäre Operation; Redner kennt nur einen Fall, der von Dr. Jos. Price in Philadelphia, wo bei zwei Wochen dauernder Menorrhagie, anhaltendem Schmerz und Üblichkeit die Diagnose auf Extra-uterin-Schwangerschaft gestellt und der unversehrte Sack entfernt wurde. Zweck dieses Vortrages, so wie anderer von demselben Autor gehaltener, ist, dahin zu wirken, dass bei diagnosticirter Tubenschwangerschaft die Laparotomie an Stelle der (in Amerika gebräuchlichen) Elektricität träte. Letztere wirke unsicher; häufig genug müsse doch noch die sekundäre Operation ausgeführt werden; die Anwendung der Elektricität sei in manchen Fällen gefolgt von jahrelangem Siechthum, während gerade die operative Entfernung von Tube und Ei in frischen Fällen am wenigsten komplicirt sei.

Bei der Diskussion sprach Dr. Lusk für Anwendung der Elektricität. Dieselbe sei eine sehr einfache Sache, erfordere keine besondere Technik noch Fertigkeit, stehe jedem Arzte zur Verfügung und liefere so gute Resultate, wie man sie nur wünschen könne; er könne es daher nicht für gerechtfertigt erachten, eine so sichere und wirksame Methode zu verlassen.

Ähnlich äußerte sich Dr. Harrison, während Dr. Palmer Dudley hauptsächlich die Schwierigkeit der Stellung der Diagnose betonte.

Kreutzmann (San-Francisko).

6) **V. Johannovsky.** Bericht der Frauenabtheilung des Reichenberger Stefan-Hospitals.

(Prager med. Wochenschrift 1888. No. 29.)

250 Fälle; darunter 6 Ovariotomien mit 2 Todesfällen, 1 Todesfall wegen Carcinoma ovarii, eine Myomotomie mit 1 Todesfall, 2 Porrofälle mit 1 Todesfall, 2 vag. tot. Uterusexstirpationen mit 1 Todesfall. **W. Fischel** (Prag).

7) **A. Eder** (Wien). Ärztlicher Bericht seiner Privatheilanstalt 1887.

Wien 1888, Selbstverlag.

E. hat im Anfange des vorigen Jahres seine alte Heilanstalt geschlossen, und einen allen Anforderungen der modernen Hygiene und Chirurgie entsprechenden Neubau bezogen, der wohl eine der schönsten Heilanstalten der Welt sein dürfte. Der vorliegende Bericht giebt nun zum ersten Male Kunde von dem Wirken der hervorragendsten ärztlichen Kapacitäten in diesem Prachtbau.

In die Details dieses 230 Seiten starken, sehr gut ausgestatteten Berichtes kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. In 5241 Verpflegstagen wurden 231 größere Operationen vorgenommen.

Aus der reichen Operationstabelle sei Folgendes hervorgehoben: 18 Ovariotomien mit 3 Todesfällen, 10 Laparohysterektomien mit 3 Todesfällen, 1 Salpingotomie, 15 Uteruscarcinome mit 1 Todesfall an Diabetes, 3 Fibrome des Uterus,

1 Myom, 1 Inversio uteri completa, durch Amputatio uteri geheilt. Im Ganzen starben von den 231 Operirten 14.

Die Krankengeschichten geben zum größten Theile ein klares anschauliches Bild sowohl des operativen Eingriffes als auch der während des Krankheitsverlaufes eingeschlagenen Behandlungsweise. Insbesondere ist die Stellungnahme der einzelnen Wiener Kliniker zu den verschiedenen Methoden des antiseptischen Verfahrens von Interesse. **v. Buschman** (Wien).

8) **C. von Rokitansky** (Wien). Ärztlicher Bericht des Maria-Theresia-Frauen-Hospitals in Wien vom Jahre 1887.

(Separatdruck.)

Von den 135 zur Besprechung gelangenden operativen Eingriffen mögen folgende Erwähnung finden:

Kolporrhaph. ant. 9, post. 1, Kolpoperineoplastik 15, bilaterale Discission des Cervix 7, Hämatometra 2, Pyometra 1, supravaginale Amputation der Portio wegen Carcinom 3, Excochleation wegen Cervixcarcinom 10, wegen Corpuscarcinom 4 (1 †), wegen Endometritis chronica und Drüsenhypertrophie 25, wegen Blutung p. Abortum 1, wegen Myofibrom 1, Entfernung von Cervixpolypen 3, Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinom 2, Laparotomie zur Entfernung eines kindskopfgroßen gestielten Myofibroma uteri 1 (†), Laparohysterotomie 4 (2 †), Explorativincision 1, Laparotomie wegen chron. Peritonitis 1 (†), Ovariotomien 18 (4 †), darunter 3 beiderseitige, Parovariotomie 2. **v. Buschman** (Wien).

9) **E. Laget.** Antipyrin bei der Geburt.

(Journ. des soc. scient. 1888. No. 1.)

Das Antipyrin wirkt schmerzstillend ohne die Geburtswehen aufzuhalten. **Glitsch** (Königsfeld).

10) **G. Housel** (Boulogne sur mer). Operation einer doppelten Blasenscheidenfistel.

(Gaz. méd. 1888. No. 2.)

Julie H., 33 Jahre, 4gebärende, war sehr schwer entbunden; vergebliche Zangenversuche, schließlich Perforation. Eine Blasenscheidenfistel war die Folge. Trotzdem gebar sie nach einem Jahr wieder. Das Kind starb. Der Arzt, der sie entbunden hatte, machte im Laufe der Zeit 8 Operationsversuche, jedoch ohne Erfolg. Nach 3 Jahren endlich stellt sie sich H. vor und dieser konstatirt folgenden Zustand: Pat. kann nur mit Mühe und gebückt gehen, den Urin gar nicht zurückhalten. Aus der Vulva hing ein schlaffes, etwa 4 cm großes, schleimhautähnliches Gebilde heraus, welches an einem ganz dünnen Stiele befestigt war, der bis an die Stelle des Blasenhalses sich fortsetzte. Die Urethra fehlt vollständig. Ein 5 cm langes Narbengewebe führt dann in eine umfangreiche Blasenscheidenfistel. Man hat es also mit einer Harnröhrenscheidenfistel und Blasenscheidenfistel zu thun. H. operirt, indem er nach der amerikanischen Methode die hintere Fistel schließt; dann nimmt er in derselben Sitzung die Harnröhrenscheidenfistel in Behandlung. Er bildet die neue Urethra aus dem vor der Vulva liegenden, an einem dünnen Stiele hängenden Lappen, welcher mit dem Blasenhals in Verbindung steht, und einem neuen aus der Scheide entnommenen Stück Schleimhaut. Ein Sphincter der Blase existirt zwar nicht, es fanden sich aber in dem ursprünglich zur Scheide heraushängenden Lappen muskulöse Elemente, woraus sich ein späterer Verschluss erhoffen ließ. Ein Katheter wurde in die neugebildete Urethra eingelegt und nach 20 Tagen war die Heilung so weit vorgeschritten, dass Pat. entlassen werden konnte. Nach $^1/_2$ Jahr vermochte sie den Urin 4 Stunden lang zurückzuhalten. **Glitsch** (Königsfeld).

11) **Bonnaire** (Paris). Interne Blutung des graviden Uterus.

(Progrès med. 1888. No. 2 u. 3.)

Eine 34jährige Erstgebärende, welche im 8. Monat Ödeme der Füße und des Unterleibes hatte und öfter an Nasenbluten litt, kam Ende des 9. Monats mit

einem todten Kinde nieder. Bei der Geburt der Placenta zeigten sich auf derselben zahlreiche Blutgerinnsel, so dass also eine interne Blutung die Veranlassung zur Frühgeburt trug. Nachträglich wurde auch bei Pat. noch Eiweiß im Urin gefunden. Nach B. giebt häufig Nephritis Anlass zu internen Blutungen, solche sind auch bei Eklamptischen beobachtet worden, noch häufiger aber bei Gebärenden, welche trotz Eiweiß im Urin keinen eklamptischen Anfall zeigten. Was die Diagnose der intra-uterinen Blutung anlangt, so kann man sie an Form und Volumen des Uterus erkennen. Die plötzliche Zunahme desselben, einhergehend mit den Verblutungssymptomen lassen den Zustand von Hydramnios oder Zwillingsschwangerschaft unterscheiden. Eine Uterusruptur tritt fast immer erst nach dem Wasserabfluss ein. B. fand, dass der Procentsatz der todten Mütter bei internen Blutungen 50% betrug. Das Verfahren besteht, wenn die Entbindung schon im Gang ist, in schleunigem Zu-Ende-Führen der Geburt. Hat der Partus noch nicht begonnen, so spricht sich Schröder ebenfalls für sofortige Beendigung der Schwangerschaft durch Acouchement forcé aus. Spiegelberg, und ihm schließt sich B. an, ist selbst hier für ein mehr zuwartendes Verfahren. **Glitsch** (Königsfeld).

12) **Phenomenow** (Kasan). 34 Laparotomien.

(Der Arzt 1888. No. 1—3. [Russisch.])

Verf. hat in 3 Jahren 34mal die Laparotomie ausgeführt, beinahe sämmtlich in Kasan. 22mal entfernte er Cysten der Eierstöcke oder breiten Bänder (6), die anderen Laparotomien machte er aus anderen Gründen: je 1mal den Kaiserschnitt, die Operation nach Porro[1], die Laparotomie bei außeruteriner Schwangerschaft und 1mal entfernte er die Eierstöcke wegen chronischer Peritonitis. 2mal machte er einen Probeeinschnitt. Die Sterblichkeit war verhältnismäßig hoch: 7 Todesfälle (20%), darunter 3 (50%) bei Cysten der breiten Bänder. 4mal war Sepsis Ursache des Todes, je einmal Pneumonie und Erschöpfung.

Verf. punktirt nie die Cyste, höchstens die Bauchwand zu diagnostischen Zwecken; er operirt jede Cyste ohne Rücksicht auf ihre Größe und zieht es vor, bei pathologisch veränderter und von gallertartiger Flüssigkeit durchtränktem Bauchfell das letztere von dem unterliegenden Zellgewebe als von der mit ihm verwachsenen Geschwulst zu trennen. Gegen Ende der Operation fällt nach den Beobachtungen des Verf. die Temperatur der Kranken. **Reimann** (Kiew).

13) **Krassowsky.** Sieben Fälle von Kaiserschnitt, vom 16. Oktober 1885 bis 1. Januar 1888 im Entbindungsinstitut in Petersburg gemacht.

(Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten 1888. No. 2. [Russisch.])

Unter diesen Fällen sind 2 Fälle von wirklichem Kaiserschnitt nach Sänger-Leopold wegen Beckenverengerung (einmal asymmetrisches Becken — Conjug. vera $8^1/_2$, Distant. tubera ischii $6^1/_2$—7 cm; das zweite Mal ein allgemein verengtes Becken — Conjug. diagonal. 8—$8^1/_2$ cm). In beiden Fällen Mutter und Kind gerettet. 5mal wurde die Amputation der Gebärmutter nach Porro gemacht, einmal bei rachitischem Becken (Conj. ext. 16 cm), einmal bei osteomalacischem Becken (Distant tub. ischii 5—6 cm), einmal bei Knochengeschwulst im Becken (kürzester Durchmesser $5^1/_2$—6 cm), einmal bei Ruptura uteri und einmal endlich bei Uteruskrebs. Mit Ausnahme des letzten Falles blieben alle Mütter am Leben, von den Kindern starb nur das Kind in dem Falle von Riss der Gebärmutter, in einem Falle nach Porro war es schon vorher abgestorben. In allen Fällen wurde der Stiel außerhalb der Bauchhöhle versorgt.

In einem der Fälle von Porro wurde die Operation 12 Stunden nach Beginn der Wehen gemacht, nachdem die Kranke 175 km mit der Eisenbahn gefahren war, der Fall von Ruptura uteri wurde wegen großer Schwäche der Kranken ohne Chloroform operirt, ein anderer Fall von Porro bei örtlicher Anästhesie, weil die Mutter sehr ein lebendes Kind wünschte. Verf. wendet, wie bekannt, als desinficirendes Mittel Bijodür-Quecksilber und statt Karbolsäure Thymol an; eben so

[1] Beide mit Ausgang in Tod.

werden Schwämme durch Wattebäusche ersetzt. Die Bauchwunde bedeckt er nach der Naht mit Bijodür-Quecksilber-Kollodium, welches nach 7—8 Tagen unter Ätherspray entfernt wird.

Ref. erlaubt sich, noch besonders auf den günstigen Ausgang dieser Fälle hinzuweisen. **Reimann** (Kiew).

14) **Gustav Braun** (Wien). Beitrag zum Kaiserschnitt nach konservativer Methode.

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 2 u. 3.)

Eine 37jährige Primipara mit verengtem Becken: Sp. 24, Cr. 28, Tr. 29, DB. 17, C. vera 8—8½ cm wurde am 20. Januar d. J. auf die Gebärklinik aufgenommen, nachdem bereits am 13. früh das Fruchtwasser mit den ersten Wehen, welche seit dort sich täglich steigerten, abgeflossen sein soll. Bei der Aufnahme zeigte sich die lebende Frucht in 1. Schädellage, Kopf nach rechts abgewichen, Cervix 2 cm lang und für einen Finger offen, der Uterus spasmodisch kontrahirt; warmes Vollbad und Morphiuminjektion. Als am nächsten Morgen sich kein Fortschritt der Geburt zeigte, wohl aber einerseits Gefahr dem Leben des Kindes, andererseits wegen starker Dehnung des unteren Uterinsegmentes Uterusruptur drohte, im Übrigen der Gesundheitszustand der Frau ein guter war, entschloss sich B. zur Sectio caesarea, 8 Tage nach Wehenbeginn. Vom Uterusschnitt wurde die Placenta in der ganzen Ausdehnung getroffen, geringe Blutung; Extraktion eines lebenden Kindes (49 cm, 2900 g) am rechten Fuße; elastische Ligatur; manuelle Placentalösung; Desinfektion des Uteruscavum mit 1‰igem Sublimat. Uterusnaht mit 5 Silberdrahtsuturen unter Vermeidung der Decidua und des Peritoneums, Schließung und Versenkung derselben in die Muskulatur; Vereinigung der Muscularis mit 6 Sublimatkatgut-, des Peritoneum mit 25 Sublimatseidenknopfnähten; keine Resektion der Muscularis. Leichte Atonia uteri, Ergotin subkutan, Massage des Uterus. Schluss der Bauchdecken mit Seidennähten, Jodoformgazeverband. Dauer der Operation 1 Stunde 12 Minuten. Höchste Temperatur (38,3°) am Morgen des dritten Tages; am 28. Tage steht Pat. auf.

Es ist dies die erste Sectio caesarea wegen relativer Indikation, die in sämmtlichen Gebärkliniken Wiens ausgeführt wurde und es dürfte von nun an diese Operation wohl auch in der Wiener Schule festeren Fuß fassen, um so mehr, als B. in seiner Epikrise zum Schlusse kommt, dass in Zukunft die Kraniotomie des lebenden Kindes der verbesserten Methode des konservativen Kaiserschnittes werde weichen müssen. Des Weiteren führt der Autor an, dass die Furcht vor dem Treffen des Mutterkuchens unbegründet sei. Die Naht betreffend plaidirt B. für den Silberdraht zum Nähen des Uterus und behufs Schließung der Serosa für Knopfnähte, denen er mehr Haltbarkeit als der fortlaufenden Naht zumuthet; zum Schlusse spricht er sich gegen Freudenberg's Vorschlag, das parietale Bauchfell an die Gebärmutter anzunähen, aus. **Torggler** (Innsbruck).

15) **H. J. Boldt** (New York). Interstitielle Salpingitis.

(Amer. journ. of obstetr. 1888. Februar. p. 122.)

B. hat eine große Anzahl pathologisch veränderter Tuben untersucht und eine Menge Veränderungen gefunden, welche bisher entweder gar nicht oder nur ganz oberflächlich beschrieben worden sind.

Nach seiner Erfahrung ist die Entzündung der Tuben niemals eine primäre Erkrankung, gewöhnlich vom Uterus fortgeleitet. Entweder betrifft die Entzündung nur allein die Schleimhaut oder die ganze Wand der Tube; im ersten Falle kann sie katarrhalisch oder eiterig sein, im zweiten ist sie interstitiell, betrifft zuerst das Zellgewebe zwischen den Muskelbündeln und kann von einfacher Entzündung bis zur vollständigen Zerstörung des Gewebes durch Eiterung variiren.

Die ersten anatomischen Zeichen der interstitiellen Salpingitis sind ödematöse Anschwellung des Zellgewebes zwischen den Muskelbündeln. Der Durchmesser der Tube ist vergrößert, die Zwischenräume zwischen den Muskelbündeln erweitert und mit zartem, fibrösem Zellgewebe angefüllt, dessen einzelne Bündel durch ein

seröses Exsudat aus einander gedrängt sind, welches fein granulirt ist und coagulirtem Eiweiß gleicht. Die Blutgefäße sind beträchtlich erweitert und mit Blutzellen vollgestopft. Um dieselben liegen zahlreich ausgewanderte weiße Blutkörperchen. Außerdem liegen zahlreiche Entzündungskörperchen, welche aus den Kernen und der Grundsubstanz des Zellgewebes entstanden sind.

Das zweite Stadium der Entzündung charakterisirt sich durch eine beträchtliche Menge von Entzündungskörperchen, in welche auch ein großer Theil der zarten Muskelfasern zerfällt. Die letzteren erscheinen beträchtlich an Umfang reducirt, was von den meisten Autoren als ein »Schmelzen« beschrieben wird, genauere Beobachtung hat jedoch B. gezeigt, dass auch die Muskelfasern an der Bildung der Entzündungskörperchen Theil nehmen; indem zuerst die Kerne in mehrere Stücke sich spalten, dann die ganze Faser in eine Menge solider Stücke zerbricht, welche sich in Entzündungskörperchen umbilden, deren Ursprung durch ihre Spindelform dokumentirt wird. Wenn das Gewebe nicht mehr zusammenhält, so entsteht eine diffuse Eiterung oder die Bildung einer circumscripten Eiterung, eines Abscesses, der Process, welchem unpassender Weise der Name »follikuläre Salpingitis« beigelegt worden ist.

Die chronische interstitielle Salpingitis kann zu einer Neubildung fibrösen Zellgewebes nach der Zerstörung des Muskelgewebes führen, dann entsteht die einfache Hyperplasie oder Pseudohypertrophie. Auch Hyperplasie des Muskelgewebes allein kommt vor.

Weiter kann der Process in Atrophie endigen. Dann nehmen hauptsächlich auch die Falten der Mucosa Theil an derselben, die Epithelien werden kürzer und schmäler als normal, die Cilien fehlen, die Kerne sind getheilt oder zeigen die Anfänge der Theilung, es finden sich an der Grenze der Mucosa Nester von Entzündungskörperchen. Ein Theil der Epithelien geht unter oder wird direkt in Entzündungskörperchen umgewandelt. **Engelmann** (Kreuznach).

16) **Fasola** (Florenz). Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Annali di ostetricia etc. 1888. April—Mai.)

In der von Chiara geleiteten Klinik kamen auf 1565 Schwangere (1883—1885) 5 Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft vor. In einem Falle wurde die (Tubar-?) Schwangerschaft am Ende des 3. Monats diagnosticirt, der Tumor punktirt, sodann täglich einmal durch 10 Minuten der galvanische Strom (Anfangs 20, dann 30 Elemente), mit einer kurzen Unterbrechung nach jeder Minute, angewendet, was Anfangs starke Schmerzen und Fieber hervorrief. Nach 11 Tagen wurde damit ausgesetzt. Der Tumor fing an sich zu verkleinern; nach 23 Tagen waren die Schmerzen verschwunden, nach 40 Tagen trat die Menstruation ein und die Geschwulst war nicht mehr nachzuweisen. In 3 Fällen barst der Fruchtsack und es erfolgte die Heilung ohne Kunsthilfe. Im letzteren Falle (in dem die richtige Diagnose nicht gestellt worden war) handelte es sich um Abdominalschwangerschaft; der Fruchtsack barst (im 7. Monate) und die Frau starb an Peritonitis.

Liebman (Triest).

Herr Dr. Zeiss hat die Freundlichkeit, das Referat über die Verhandlungen der Sektion für Geburtshilfe und Gynäkologie in Köln zu übernehmen.

Die Herren Vortragenden würden zur Schnelligkeit des Erscheinens der betr. Referate, so wie zur Sicherheit der Vermeidung von Irrthümern erheblich beitragen, wenn sie Herrn Dr. Zeiss möglichst bald ein Auto-Referat übergäben.

Redaktion.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

F. König, in Göttingen. **E. Richter,** in Breslau. **R. von Volkmann,** in Halle a/S.

Fünfzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 38. **Sonnabend, den 22. September.** **1888.**

L. Dandois. Des diverses méthodes de pansement et de traitement antiseptiques des plaies et des affections chirurgicales.

(Mémoires des concours et des savants étrangers publiés par l'acad. Roy. de méd. de Belg. 1888. T. VIII. 171 S.)

Vorliegende preisgekrönte, außerordentlich fleißige Arbeit führt uns in klarer, übersichtlicher Anordnung die ganze antiseptische Methode in ihrer Entwicklung bis in die neueste Zeit vor Augen. Sie zerfällt in 4 Kapitel. Das erste (14 S.) handelt von der Natur der Komplikationen bei Verletzungen, und zwar werden der Reihe nach Entzündung und Eiterung, Erysipel, Wunddiphtherie, Wundfieber Pyämie, Septhämie und Wundstarrkrampf unter eingehendem Studium der Litteratur über die Bedeutung der Mikroorganismen für Wunden besprochen.

. Kapitel II (12 S.) behandelt die Infektionsquellen der Wunden, und zwar die Rolle, welche die atmosphärische Luft, ferner feste und flüssige Körper durch Kontakt, endlich die infektiösen Materien der inneren Körperoberfläche, d. h. der Respirations- und Digestionswege, spielen.

In Kapitel III (27 S.) werden die Mittel und Wege angegeben, wie man Mikroorganismen von Operationswunden fern halten kann,

wie man die Infektion durch die Luft, diejenige durch den Kontakt und schließlich die Autoinfektion verhütet. Hier kommen selbstverständlich in erster Linie die prophylaktischen Maßregeln des Lister-schen Verbandes zur Sprache, die Bedeutung des Spray, die Desinfektion des Operationsgebietes, der Hände, Instrumente, Schwämme, des bei der Operation zu verwendenden Wassers, der Verbandstoffe, des Unterbindungsmaterials etc. Um die Autoinfektion möglichst zu verhüten, müssen wir sowohl für gesunde frische Luft zum Einathmen, als für Regelung der Verdauung nach der Operation sorgen; denn die Infektion von innen her wird für den Kranken besonders gefährlich, wenn er Entzündungen der Luftwege oder des Darmes bekommt.

Das Kapitel IV (122 S.) bespricht die Mittel, die Entwicklung von Mikroorganismen in Wunden zu verhüten. Von der größten Bedeutung ist die Blutstillung, namentlich die Anwendung von tadellosem Unterbindungsmaterial. Verf. schildert, wie man das Katgut, die Seide u. A. präpariren muss; auch hier vertieft er sich in zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten, namentlich der Katgutlitteratur. Weitere wichtige Faktoren zu tadellosem Wundverlauf sind die Wundnaht, Drainage und die Wundverbandstoffe (Gaze, Jute, Watte, Charpie, Sand, Asche, Glaswolle, Torf, Sägemehl, Holzwolle, Moos), welche bald zu temporären Verbänden, bald zu Dauerverbänden verwendet werden. Dem Neuber'schen Dauerverbande wird das verdiente Lob gespendet. Die eigentlichen Antiseptica, welche zur Herstellung eines aseptischen Wundverlaufes dienen, theilt D. ein in lösliche und unlösliche. Von ersteren bespricht er ausführlicher die Karbolsäure, Salicylsäure, Thymol, Eucalyptol, essigsaure Thonerde, Chlorzink, Borsäure, Aseptol, Sublimat, von letzteren das Jodoform, Wismuth, Naphthalin, Jodol, den Zucker; dabei zieht er treffende Vergleiche zwischen dem Karbol- und Sublimatverbande, so wie zwischen ihnen und dem Jodoformverband. Die Bedeutung der Asepsis und Antisepsis für die Bauchhöhlenchirurgie und die Umwandlung einer inficirten Wunde in eine aseptische wird in zwei Abschnitten erläutert.

Zum Schluss seiner umfangreichen Arbeit spricht Verf. die Hoffnung aus, dass die antiseptische Methode mit ihren zahlreichen Verbesserungen der letzten Jahre in seinem Vaterlande immer breitere Wurzeln schlagen möge und weist dabei auf die enormen Erfolge dieser Methode in Deutschland hin. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

Waltuch (Odessa). Über die Technik der Holzverbände.

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 10.)

Das Material, welches W. zur Herstellung des Holzverbandes verwendet, wird durch Hobeln von Brettern von bestimmter Länge und Dicke mittels einer großen Rauhbank mit Doppelklinge nach einer besonderen Technik in Form von 4—5 cm breiten, 0,5—1mm dicken und beliebig langen Holzstreifen erzeugt. Dieselben lassen

sich wie Binden aufrollen und sind demnach eigentliche Holzbinden. Fichtenholz bildet das geeignetste Material. In Form von fertigen, aufgerollten Streifen sind die Holzbinden leichter zu handhaben und viel billiger als Schusterspan. W. empfiehlt ferner eine Verbindung von Organtin mit Holz in Form von fertigen Organtinholzbinden.

Der eigentliche Holzverband, aus mit Tischlerleim verbundenen Holzbinden bestehend, ist nach seiner Herstellungsweise eine Furnierarbeit und kann nur auf einem nach dem Körper geformten Modelle ausgeführt werden. Die Einzelheiten der Technik dieser Verbände, die namentlich für Mieder, Kravatten etc. wegen ihres sehr geringen Gewichts bei genügender Festigkeit besonders geeignet erscheinen, sind im Original nachzulesen. **Alex. Fraenkel** (Wien).

Szuman. Das Bromäthyl und die Bromäthylnarkose.

(Therapeut. Monatshefte 1888. April und Mai. p. 155 und 226.)

S. empfiehlt die Bromäthylnarkose für kurzdauernde Operationen, besonders da nach derselben die Pat. sehr schnell erwachen, während Erbrechen und andere schwächende Erscheinungen nach kleinen Dosen selten sind. Ärztliche Assistenz kann bei dieser Narkose entbehrt werden. Für längere Zeit dauernde Operationen, so wie bei Potatoren ist die Anwendung des Bromäthyl nicht zu empfehlen. Bei Schwindsüchtigen, Herzkranken und Nierenleidenden kann es eben so gefährlich werden, wie Chloroform. Die Anwendung des Mittels geschieht mittels der gebräuchlichen Chloroformmaske.

Willemer (Ludwigslust).

A. Bornemann. Studier over den »gonorrhoiske Rheumatisme«.

Kopenhagen, **J. Frimodt,** 1887. 250 S. (Dänisch.)

In einer sehr fleißigen Arbeit hat Verf. eine bedeutende Anzahl von Fällen der Leiden zusammengestellt, die gewöhnlich unter dem Namen »gonorrhoischer Rheumatismus« zusammengefasst werden. Das Material stammt aus dem Kommunehospital zu Kopenhagen, wo Verf. von den beiden chirurgischen Abtheilungen und von der Abtheilung für venerische Krankheiten für einen Zeitraum von 10 Jahren (1876 bis 1885 incl.) alle die unter obiger Bezeichnung angeführten Krankheiten gesammelt hat, die während des Verlaufes einer Gonorrhoe bei einem sonst vollständig gesunden Individuum entstanden.

Eine Darstellung des Häufigkeitsverhältnisses dieser Komplikationen während der Gonorrhoe zu geben hat er nicht erstrebt. Mit beständiger Berücksichtigung der hierüber vorliegenden, ziemlich bedeutenden Litteratur — namentlich von französischer Seite — giebt er eine Darstellung des Häufigkeitsverhältnisses der verschiedenen Lokalisationen, der Symptomatologie des Verlaufs, der Dauer, der pathologischen Anatomie und der Behandlung. Wir werden hier wesentlich nur das referiren, was von mehr chirurgischem Interesse ist.

Das Material umfasst im Ganzen 299 Fälle von diesen Leiden bei 271 Pat. Von letzteren waren 51 (48 Männer und 3 Weiber) mehr wie einmal ergriffen gewesen; bei den übrigen 220 Pat. (181 Männer und 39 Weiber) trat die Krankheit als erster Anfall auf. Bei Weitem am häufigsten waren die artikulären Leiden; unter den 299 Beobachtungen fehlten solche nur in 21 Fällen. Im Ganzen sind 742 Gelenkleiden notirt, und zwar solche des Knies 240, Fußgelenkes 151, Schultergelenkes 58, des Metatarsophalangealgelenkes 52, der Hand 51, der Hüfte 46, des Ellbogens 45, des Metacarpophalangealgelenkes 28mal, einiger anderer Gelenke seltener.

41mal fanden sich Tenosynitis oder Bursitis als selbständige Affektion, ohne kausalen Zusammenhang mit einer Gelenkentzündung. Die Symptome scheinen hier oft eine Eiterung der Sehnenscheide anzudeuten, was aber in der That selten ist (nur in 3 Fällen wurde solche konstatirt). Dauer 10—94 Tage.

41mal fand sich gonorrhoische Periostitis, sowohl allein als mit anderen Leiden verbunden. Nur einmal stellte sich hier Eiterung ein (Periostitis sterni) mit ausgebreiteter Entblößung des Knochens. Dauer gewöhnlich nur kurz.

Von den übrigen Komplikationen erwähnen wir hier nur: Ischias (6mal), Phlebitis an den unteren Extremitäten (6mal), endlich nicht inoculirte Augenaffektionen (leichtere Conjunctiviten, Iriten Keratiten) 45mal.

Im Folgenden werden wir uns ausschließlich mit den Gelenkaffektionen beschäftigen, die am ausführlichsten besprochen sind und das meiste chirurgische Interesse darbieten. Von der allgemeinen Symptomatologie kann hervorgehoben werden, dass im Allgemeinen Gelenkergüsse angetroffen wurden, solche manchmal aber auch fehlten, wo dann nur Schmerz vorwiegte. Verf. ist der Ansicht, dass die von Anderen (Fournier) aufgestellte Sonderung zwischen monartikulären und polyartikulären Formen nicht festgehalten werden kann, eben so wenig wie eine Sonderung zwischen akuten und chronischen Fällen, da solche ohne Grenze in einander übergehen. Nur in $^1/_3$ der Fälle war die Krankheit monartikulär.

Bestimmte diagnostische Zeichen für diese Gelenkleiden lassen sich nicht aufstellen. Schwellung und Erguss werden häufig, doch nicht immer gefunden; Röthe und Hitze der Haut bisweilen, häufiger nicht. Schmerz wird selten vermisst und ist gewöhnlich am bedeutendsten bei den polyartikulären Formen, anhaltender als z. B. bei dem Gelenkrheumatismus.

Fieber wird bei $^2/_5$ der Fälle getroffen, gewöhnlich mäßig und von verhältnismäßig kurzer Dauer, durchschnittlich etwa 11 Tage; immerhin kann die Temperatur bis über 40° steigen.

Die Dauer der Krankheit variirt außerordentlich, von 3 Tagen bis 4 Jahren. Durchschnittlich dauert sie 68 Tage. Bisweilen schwinden die Affektionen nach wenigen Tagen und enden in vollständige

Genesung, bisweilen sind sie von einer verzweifelten Langsamkeit und enden mit einem mehr oder weniger ungünstigen Resultat.

Verf. berichtet über das Endresultat von 205 Fällen. Von diesen wurden 106 vollständig geheilt; in 66 Fällen wird notirt »beschränkte Funktion des Gelenkes«; 10mal wurde das Resultat unvollständige, 4mal vollständige Ankylose; 14mal bestand noch nach langwieriger Behandlung ein Residuum von Flüssigkeit im Gelenke; endlich wird bei 5 Pat. vollständiger Verlust des Gelenkes, durch Eiterung verursacht, und die hierdurch bedingte Operation (Resektion oder Amputation) notirt. Es zeigt sich somit, dass die Endresultate bei Weitem nicht so günstig sind, wie man im Allgemeinen annimmt.

Was die Ätiologie anbelangt, so kommt es besonders darauf an, ob Pat. früher Anfälle derselben Leiden gehabt hat, da so gut wie immer ein früherer Anfall von »gonorrhoischem Rheumatismus« einen neuen nach sich zieht, wenn das Individuum wieder Tripper bekommt. Doch werden ein paar Beispiele von dem Gegentheil angeführt. Traumen und möglicherweise die vorausgegangene Behandlung der Gonorrhoe spielen vielleicht auch eine, wenn auch untergeordnete Rolle. Weiber scheinen seltener als Männer angegriffen zu werden; vielleicht wird aber die Krankheit bei einer nicht geringen Anzahl von Weibern verkannt.

Die Diagnose kann bei einigen Fällen leicht sein, insbesondere bei monartikulären, afebrilen oder nur von geringem Fieber begleiteten. In anderen Fällen kann man die größte Schwierigkeit haben, die Krankheit richtig zu erkennen, sie nicht mit dem rheumatischen Fieber zu verwechseln. Ganz präcise Unterscheidungszeichen fehlen, namentlich ist es ein Irrthum, wenn man meint, dass »der gonorrhoische Rheumatismus« vorzugsweise monartikulär ist. Dies trat w. g. nur in $^1/_3$ der Fälle ein, und zwar nur beim ersten Angriff der Krankheit. Während das Leiden bei 51 Pat., die mehrmals angegriffen wurden, 14mal monartikulär begann, blieb es nur bei 5 von diesen 14 Pat. während der späteren Anfälle monartikulär.

In Bezug auf die pathologisch-anatomischen Veränderungen hat das Gelenkexsudat in allen den Fällen, wo es bei einer vorgenommenen Operation untersucht wurde, sich als mehr oder weniger eitrig gezeigt, theils als katarrhalischer, theils als mehr oder weniger dickflüssiger Eiter. 7mal ist Destruktion des Gelenkknorpels erwähnt, welche in 4 Fällen auf den Knochen übergegangen ist. Verf. hat einige wenige Versuche angestellt, Gonokokken im Exsudate nachzuweisen, hat auch gonokokkenähnliche Bakterien gezüchtet, die sich aber als nicht specifische herausgestellt haben. Seiner Meinung nach ist daher »der gonorrhoische Rheumatismus« als eine ganz gewöhnliche Wundinfektionskrankheit zu betrachten, hervorgerufen durch Invasion von nicht specifischen Staphylokokken und Streptokokken.

Was die Behandlung betrifft, so ist dieselbe nach gewöhnlichen chirurgischen Principien geleitet worden, war bei 44 Pat. eine operative. In 26 Fällen von Kniegelenksaffektionen wurde Punctio genus

gemacht und in der Regel damit eine antiseptische Ausspülung des Gelenkes verbunden. Meist haben die Punktionen recht gute Resultate gegeben, um so mehr, wenn man bedenkt, dass die mit Punktion behandelten Fälle recht ernste waren. In der Regel ist gute Beweglichkeit erreicht worden; niemals ist Ankylose eingetreten. Am häufigsten fiel die Temperatur bei den febrilen Pat. schnell nach der Punktion. Auch die Dauer der Behandlung scheint durch die Punktion etwas abgekürzt zu werden (56 Tage gegen 68 Tage bei nicht punktirten Pat.).

13 Pat. sind mit Arthrotomie behandelt, darunter 3, die schon früher punktirt waren. Eröffnet wurde das Knie 8mal, der Ellbogen 3mal, Hand- und Hüftgelenk je 1mal. Das Resultat war weit weniger befriedigend als nach den Punktionen, indem als Regel eine mehr oder weniger beschränkte Beweglichkeit folgte, ja einige Mal sogar fast vollständige Ankylose. 5mal ist das Gelenk entfernt worden, indem 2mal Amputatio femoris gemacht wurde (einmal nachdem vergebens Resectio genus versucht war); je 1mal Resectio coxae, Resectio tarso-metatarsea, Entfernung des Talus. In allen den drei letzten Fällen ist das Resultat in Bezug auf die Brauchbarkeit der betreffenden Extremität durchaus befriedigend gewesen.

Die Prognose des Leidens kann in so fern eine gute genannt werden, als tödlicher Ausgang zu den großen Seltenheiten gehört. Dagegen ist sie in so weit zweifelhaft, als die Krankheit sehr langwierig sein und ernste Invalidität mit sich führen kann. Frühere Anfälle der Krankheit verschlimmern die Prognose, indem als Regel dann mehrere Gelenke bei einer neuen Gonorrhoe angegriffen werden.

J. Bondesen (Kopenhagen).

E. Graser. Untersuchungen über die feineren Vorgänge bei der Verwachsung peritonealer Blätter.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXVII. p. 533.)

Die sehr sorgfältige, weit ausgeführte, auf Vorschlag und mit Unterstützung Heincke's unternommene Arbeit, Verf. Habilitationsschrift, basirt auf zahlreichen experimentellen Untersuchungen an Kaninchen, Hunden, Katzen, Meerschweinchen und Fröschen. Um möglichst ausgedehnte Peritonealflächen an einander zu bringen bediente sich der Autor der Bleiplattennaht. Meist wurden die Bauchdecken in der Mittellinie gespalten, und danach die Bleiplatten beiderseits derart angelegt, dass die auf einander gedrückten Bauchdeckenränder als platter ca. 2 cm breiter Saum über das Bauchniveau herausragten. Dieser ganze durch die Naht erhobene First wurde dann späterhin ausgeschnitten, und die Verwachsungsverhältnisse, insbesondere deren mikroskopisches Verhalten geprüft.

Bei diesen Versuchen zeigte sich, dass ein einfaches enges Aufeinanderliegen der Peritonealflächen für sich allein nicht genügt, um deren rasche Verwachsung herbeizuführen, vielmehr ist für diesen Vorgang eine gewisse leichte Schädigung der Gewebe nothwendig.

In der Praxis der operativen Chirurgie wird nach Verf.s Ansicht diese Schädigung nicht durch den Luftzutritt zu den serösen Flächen geliefert, sondern durch die mechanischen Insulte, denen das Bauchfell bei seiner Reinigung, bei der Blutstillung, dem Aufträufeln antiseptischer Flüssigkeit ausgesetzt ist. Jeder stärkere Reiz, besonders auch Benetzungen mit stärkeren Lösungen von Antisepticis bewirken oberflächliches Absterben von Gewebe und hindern den Eintritt primärer Verklebungen.

Die Zeit, binnen welcher ein festes Aneinanderwachsen der Blätter zu Stande kommt, schwankt zwischen mehreren Tagen, je nachdem primäre Vereinigung oder solche unter Exsudat und Eiterbildung eintritt. Jedenfalls treten die histologischen Veränderungen, welche von Wichtigkeit sind, etwa binnen 2—4 Tagen ein, und erstrecken sich die meisten Untersuchungen Verf.s auf die erste Woche. Folgendes sind die verschiedenen Vereinigungsarten, welche beobachtet wurden:

1) Unmittelbare (stricto sensu) Vereinigung der Endothelien.

2) Vereinigung der subendothelialen Schicht nach Abstoßung der Endothelien auf einer oder beiden Seiten.

3) Vereinigung mit geringer Exsudatbildung durch Hereinwachsen von Spindelzellen.

4) Exsudatbildung mit Hereinwachsen gefäßhaltigen Bindegewebes.

5) Eiterung mit nachträglicher Granulationsbildung.

Für die serösen Häute ist die zuerst genannte Vereinigungsart die eigenthümlichste, und fand Verf. ein festeres Haften der Endothelien an einander frühestens nach 36 Stunden. Wichtig ist das Verhalten der Endothelien, von denen man annehmen muss, dass sie bei diesem Verwachsungsmodus schließlich völlig in Bindegewebe resp. bindegewebige Spindelzellen (Fibroblasten) übergehen. Verf. betrachtet diesen Vorgang als ein Analogon der Organisation des Thrombus, von der auch konstatirt ist, dass sie größtentheils von den Endothelien der Gefäße bewirkt wird.

Die übrigen Verwachsungsarten entsprechen im Wesentlichen den verschiedenen Arten der Aneinanderheilung wunder Flächen im Allgemeinen. Betreffs der bereits durch frühere Beobachtungen wohl bekannten bei der Wundheilung auftretenden Spindelzellen (»Fibroblasten«, Ziegler und Neumann) ist G. der Ansicht, dass die größte Zahl derselben von den fixen Bindegewebszellen abzuleiten ist. Die Fälle, wo das Auftreten dieser Spindelzellen nicht genügt, um zwei des Endothels beraubte Flächen zur Verwachsung zu bringen, sind solche, wo es sich um die Ausfüllung eines größeren Zwischenraumes handelt, oder wo ein größeres, aus vielen zelligen Elementen bestehendes Exsudat abgesetzt wurde, welches wieder verschwinden resp. organisirt werden muss. Hier bedarf es der Neubildung von Gefäßen. G. hält dafür, dass die Zellen der neugebildeten Gefäße zum großen Theile Abkömmlinge der Theilungsvorgänge eingehenden Adventitiazellen der vorhandenen Gefäße sind, da er in mehreren feineren Gefäßen ausgesprochene Karyomitosen in der Adventitia auffinden

konnte. Außerdem stehen die erwähnten Spindelzellen in engem Zusammenhang mit der Gefäßbildung. Dieselben stellen sich zu »einzelligen Straßen« oder Bogen zusammen, welche eine Art feinstes Kanalsystem darstellen. Diese »intracellulare« Entstehung neuer Gefäßbahnen hält G. mit Ziegler für die einzige, welche in dem ausgewachsenen Organismus möglich ist. Den Wanderzellen (auswandernden weißen Blutkörperchen) schreibt G. auf Grund seiner Untersuchungen bei der Narbenbildung eine nur gänzlich untergeordnete Rolle zu. (Vgl. G.'s Autoreferat über seinen diesjährigen Vortrag auf dem Chirurgenkongress »Wanderzelle und Wundheilung«. Beilage zu No. 24, 1888 dieses Blattes p. 4.)

In der Einleitung enthält die Arbeit eine gedrängte litterarhistorische Übersicht über die bisherigen Theorien der Wundheilung, die zur Orientirung über den Gegenstand sehr brauchbar ist. Eine Reihe vorzüglich ausgeführter mikroskopischer Abbildungen illustrirt einige der charakteristischsten Präparate des Verf.s.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Benedikt Streit. I. Beiträge zur Kenntnis der Resectio pylori. II. Statistik über die Häufigkeit der Metastasen bei Carcinoma pylori. (Aus der chirurgischen Klinik zu Bern.)

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXVII. p. 410.)

Im ersten Theil der Arbeit giebt Verf. die Krankengeschichten der letzten 3 von Kocher ausgeführten Pylorusresektionen nebst einigen allgemeinen Bemerkungen. Sämmtliche 3 Fälle sind schön geheilt, 2 indess, von Kocher bereits auf dem 1887er Chirurgenkongress erwähnte, der eine 3 Jahre, der andere $^1/_2$ Jahr nach der Operation an einer (nicht krebsigen) Stenose in der Pylorusnarbe gestorben (cf. Centralblatt 1887, Beilage zu No. 25, p. 54). Der 3. Fall ist noch nach 2 Jahren recidivfrei. Die operirten Individuen standen im Alter von 42, 63 und 34 Jahren, und dauerten die betreffenden Operationen 4 Stunden (Hacker kannte keine Magenresektion, die bei einer Dauer von 3 Stunden und darüber glücklich abgelaufen war!), $2^1/_2$ und 3 Stunden. Als Narkoticum diente das Chloroform nur bis zur Insensibilität, dann aber zur Erhaltung der Narkose Äther. Dieser Art der Narkose, welche auf der Berner Klinik schon seit Jahren üblich ist, schreibt S. zum guten Theil das gute Überstehen des Eingriffes durch die Kranken ohne Collaps zu, indem der Äther eine erregende, die Herzkraft hebende Wirkung entfalte. Zur Baucheröffnung diente stets ein medianer Schnitt, und wurde dann nach gehöriger Freilegung, Isolation und Mobilisation der Pylorusgeschwulst der Magensack links von derselben durch starke Arterienschieber, einen oberen und einen unteren, unter kräftigem Zusammenpressen abgeklemmt. Zum Abschluss des Duodenum diente bald eine provisorische Fadenligatur, bald ein Schieber, bald Assistentenfinger, und wurde die Schleimsekretion des Duodenum

mit einem Jodoformgazebausch aufgefangen. Nach Herausschneidung der Carcinome geschah die Naht derart, dass der occludirende obere Theil derselben mit einer Nahtreihe bei noch liegenbleibendem Schieber angelegt wird. Hinter dem letzteren wird eine fortlaufende Katgutnaht nach Gely bez. Schede gemacht, welche provisorisch den Abschluss besorgt, dann der Schieber entfernt, die gequetschten Wundränder werden eingestülpt und durch mehretagige sero-seröse Nahtreihen ver- und übernäht. So kommen die gequetschten Partien völlig nach innen zu liegen. Die Magen und Duodenum vereinigende Ringnaht wurde in von der Technik der anderen Chirurgen nicht abweichender Weise geübt, und wurden nach Entfernung der Klemmzange die gequetschten Magenschnittränder direkt an den Darm gesetzt. Eine übele Wirkung dieser sonst nicht geübten starken Magenkompression, besonders Wundrandgangrän, kam nie zur Beobachtung, aber auch die 2mal eingetretene Narbenstriktur des Pylorus meint S. nicht dem Kocher'schen Nahtverfahren zur Last legen zu dürfen, da eine Narbenschrumpfung entlang der Occlusionsnaht nicht gut zu einer ringförmigen Striktur führen könne, und auch in der Ringnaht höchstens die Benutzung stark gequetschter Wundränder zur Nahtvereinigung als Veranlassung zu entzündlichen Vorgängen in denselben denkbar sei. Viel wahrscheinlicher sei die starke Narbenbildung und Kontraktion dadurch zu erklären, dass bei Lösung der vorhandenen ausgedehnten peritonitischen Verwachsungen um den Pyloruskrebs herum ausgebreitete Verletzungen des Bauchfells geschaffen wurden, Wundflächen, die unter starker Narbenbildung heilen müssen, wobei auch größere oder kleinere Netzpartien mit dem neuen Pylorus verwachsen können. Die diätetische Nachbehandlung der Kocher'schen Pat. war — im Gegensatz zu der Billroth'schen Schule — eine sehr streng vorsichtige: 2—4 Tage wurden ausschließlich Nährklystiere gereicht, nichts durch den Mund.

II. Der statistische Beitrag über die Häufigkeit der Metastasen beim Pyloruskrebs, den S. beibringt, basirt auf den Sektionsprotokollen des Berner pathologischen Instituts von 1876—1886. Vorhanden sind im Ganzen 54 Fälle, von denen nach den Protokollangaben 14 = 25,9% eventuell operabel, 40 = 74,1% nicht operabel gewesen zu sein scheinen. (Als eventuell operabel wurden die Fälle gezählt, wo bei beschränkter Lokalisation der Geschwulst auf die Pförtnergegend sowohl Metastasen als inoperabele Verwachsungen fehlten.) Die S.'sche Procentzahl ist nicht so günstig wie die von Gussenbauer und v. Winiwarter aus dem Wiener Sektionsmaterial abgeleitete (41,1% metastasenfreie und 31,7% verwachsungsfreie Fälle), doch weit günstiger als die von Ledderhose mitgetheilte (10,2% operabele Fälle). **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Nicaise. Traitement de l'hydrocèle par le décollement et l'excision de la tunique vaginale.

(Revue de chir. 1888. No. 2.)

An Stelle der früher schon vielfach geübten und in neuerer Zeit zur Methode erhobenen Excision mehr oder weniger großer Stücke der Scheidenhäute des Hodens bei der Radikaloperation der Hydrocele schlägt N. eine in manchen Fällen anwendbare Modifikation vor, die darin besteht, dass man nicht beide Scheidenhäute zusammen ausschneidet, sondern die Tunica vaginalis propria von der communis stumpf ablöst und nur von der ersteren so viel entfernt, als man für nöthig hält. Zum Schluss werden die Schnittränder der Tunica vaginalis propria unter sich und über denselben Haut und Tunica vaginalis communis vereinigt. Die Ablösung des peritonealen Theiles der Scheidenhaut von dem fibrösen soll in den meisten Fällen leicht erfolgen und nur dann schwierig sein, wenn durch chronisch entzündliche Processe starke Verdickung und feste Verwachsung der Scheidenhäute unter einander eingetreten ist.

Wir wollten nicht unterlassen, auch die vorstehende Modifikation der Radikaloperation der Hydrocele zu registriren. Dass sie wesentliche Vorzüge vor den bisher üblichen Verfahren biete, dürfte schwer zu erweisen sein, wie es überhaupt nicht recht erfindlich ist, warum man eine der sichersten und zugleich einfachsten Operationen so vielfach zu modificiren versucht.

Sprengel (Dresden).

P. Poirier. De l'entorse du coude par abduction forcée avec arrachement du ligament interne.

(Progrès med. T. VII. 1888. No. 6.)

P. giebt auf Grund zahlreicher anatomischer Untersuchungen eine genaue Beschreibung des Bandapparates auf der Ulnarseite des Ellbogengelenkes und kommt zu dem Ergebnis, dass dasselbe, abgesehen von kleineren Faserzügen, aus drei anatomisch und funktionell zu trennenden Bündeln besteht: 1) das vordere Bündel, welches sich bei der Extension des Gelenkes spannt, ist das dünnste und dient nur zur Verstärkung des Ligam. anter.; 2) das hintere Bündel spannt sich bei der Flexion des Vorderarmes; 3) das mittlere Bündel ist das stärkste und verhindert die Radialabduktion des Vorderarmes. Dieses ist folglich funktionell das eigentliche seitliche Halteband des Gelenkes.

P. stellte experimentell fest, dass, wenn zum Versuch oder durch Trauma die Radikalabduktion forcirt wird, nur das mittlere Bündel reißt, während die anderen unversehrt bleiben, und zwar reißt bei fixirtem Vorderarm die Ulnarinsertion des Bandes, bei fixirtem Oberarm der Ansatz am Humerus.

Klinisch ist zu unterscheiden, ob die Distorsion durch Radialabduktion nur zu einer Dehnung oder zu einer Abreißung des Bandes geführt hat. Erstere heilt unter Anwendung von Massage schnell,

letztere muss ganz wie eine Fraktur behandelt werden und heilt oft langsamer als eine solche. **Grisson** (Rostock).

S. Levy. Zur Behandlung des angeborenen Klumpfußes.

(Centralblatt für orthop. Chirurgie und Mechanik 1888. Mai.)

L. hat die Phelps'sche Operation, d. h. die offene Incision an der Innenseite des Fußes, in 9 Fällen ausgeführt und damit vorzügliche Resultate erzielt. Die Operation ist nur in den allerhochgradigsten Fällen indicirt. Nach der Heilung der Wunde werden korrigirende orthopädische Manipulationen vorgenommen, mehrmals täglich. Sie sind die Hauptsache des ganzen Heilverfahrens, die Operation ist nur als ein Adjuvans anzusehen. Die Atrophie des Unterschenkels wird durch Massiren, Frottiren und Elektrisiren gebessert, der Fuß theils mittels der Hände, theils mit Schienen, Letzteres namentlich während der Nacht, gerade gestellt. L. hält die Zeit der Resektionen am Fußskelett bei Klumpfuß der Kinder für definitiv vorüber. Im Original sind 3 Abbildungen von Schienen für die Nachbehandlung gegeben. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

G. Ostremba (Jassy). Appareil corset, nouvel appareil à fractures contentif inamovible.

(Bull. de la soc. des méd. etc. Jassy 1887. p. 321—328.)

Unter obigem Namen beschreibt O. einen Kontentivverband, den er seit 6 Jahren mit gutem Erfolg anwendet. Es ist im Wesentlichen ein Wasserglasverband mit Watte und Flanellunterlage, auf welche Scultet'sche Bindenstreifen, die mit Wasserglas von Syrupdicke getränkt sind, übergelegt werden. Zwischen die Schichten der letzteren werden in kleinen Zwischenräumen Bindenstreifen mit Ringen von Metall eingelassen, welche, zu 2 und 2 sich gegenüber gestellt, in der Längsrichtung des Gliedes parallel anzuordnen sind nach Art der Ringe im Korsett oder an Schnürschuhen. Zwischen beiden Reihen von Ringen kann der Verband der Länge nach aufgeschnitten und nach Bedürfnis weniger oder mehr geschnürt werden. O. hat diesen Verband sowohl bei Brüchen der Extremitäten, als auch am Rumpf bewährt gefunden. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

Terrillon et Schwartz. Sur quelques formes rares de Tétanos; Tétanos céphalique. Trismus hémiplégique.

(Revue de chir. 1888. No. 1.)

Die Beobachtung, an welche sich die Bemerkungen der Verff. knüpfen, ist kurz folgende:

Ein kräftiger junger Mann von 16 Jahren erlitt bei einem Sturz vom Pferde eine kleine Abschürfung an der linken Wange. Am 8. Tage nach der Verletzung bemerkte er eine gewisse Schwierigkeit beim Öffnen des Mundes, die auf einer vermehrten Spannung der linksseitigen Mundschließer zu beruhen schien. Zugleich wurde eine leichte Asymmetrie des Gesichts konstatirt. Die kleine Wunde war nahezu geheilt und schmerzlos. Am 4. Tage nach Beginn der erwähnten Symptome sah T. den Kranken und konstatirte ausgesprochene rechtsseitige Facialisparalyse mit gleichzeitiger Kontraktur der linksseitigen Gesichtsmuskeln, welche durch

jeden Versuch, den Mund zu öffnen, verstärkt wurde. Sehr geringe Beschwerden beim Schlucken. Puls 80, Temperatur 38°. Urin normal. Die Behandlung bestand in Abhaltung aller äußeren Reize und größeren Dosen Chloral, die theils durch den Mund, theils als Klysma gegeben wurden. Der Zustand blieb 18 Tage fast unverändert, so dass man anfing, auf einen günstigen Ausgang zu hoffen, als am 19. Tage nach Beginn der tetanischen Erscheinungen kurz nach Einnahme von etwas Milch plötzlich der Tod eintrat.

Verf. reiht seine Beobachtung, die sich den seltenen Fällen anschließt, bei denen die Facialislähmung auf der der Verletzung entgegengesetzten Seite auftrat, der zuletzt von Güterbock (Archiv f. klin. Chir. Bd. XXX. p. 835) zusammengestellten Kasuistik an, die er ausführlich wiedergiebt. Eine Erklärung für die Facialislähmung wird auch hier nicht gebracht. Verf. ist übrigens der Ansicht, dass höchst wahrscheinlich nicht alle Fälle, welche als Kopftetanus mit Facialisparalyse beschrieben werden, im strengen Sinne hierher gehören, sondern glaubt, dass zuweilen eine starke Kontraktur der Gesichtsmuskeln einer Seite die Lähmung der anderen Hälfte vorgetäuscht habe. Er schlägt daher vor, dass man in Zukunft einen »Trismus hémiplégique« und einen »Trismus pseudo-hémiplégique« unterscheiden solle.

Sprengel (Dresden).

Maissurianz. Ein Fall von Tetanus hydrophobicus.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1887. No. 46.)

Bis jetzt sind erst 17 Fälle von Kopftetanus publicirt, wesshalb M. den von ihm beobachteten kurz mittheilt: bei einem 35jährigen früher gesunden Manne bildet sich spontan in der rechten Schläfengegend ein kleines Bläschen, welches nach Behandlung mit Hausmitteln allmählich sich in ein Geschwür von der Größe eines 3-Kopekenstückes verwandelt. Nach etwa 3 Wochen, als dasselbe bereits im Vernarben war, fühlte Pat. Abends Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte; die rechte Wange sah wie geschwollen aus. Bald stellten sich auch Schlingbeschwerden und Kieferklemme ein. Die Untersuchung ergab, dass die rechte Wange herabhing mit ausgeglichenen Gesichtsfalten. Der rechte Mundwinkel steht tiefer, die Stirnhaut ist rechts glatt, während sie auf der anderen Seite gefurcht erscheint; das rechte Auge bleibt theilweise offen. Kaumuskeln stark kontrahirt, so dass man mit Schwierigkeit einen Spatel zwischen die Zahnreihen schieben kann. Pat. klagt über ziehende Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte. Die Nacken- und die übrigen Muskeln, so wie alle Organe des Körpers funktioniren normal. Es bestanden also die drei charakteristischen Symptome des Kopftetanus: Trismus, Schlingbeschwerden und einseitige Facialislähmung. Ganz entsprechend verhielten sich 15 von den 17 publicirten Fällen; in den beiden übrigen gesellten sich einmal Tetanus der Arme (von Thaden), einmal allgemeine Krämpfe (Hadlich) hinzu. Von den 14 Fällen heilten 6; auch der Kranke von M. besserte sich im Laufe von 8 Wochen unter Gebrauch von großen Dosen Bromkali erheblich.

Riedel (Jena).

Dupont. Des hernies musculaires.

(Archives méd. belg. 1888. Mai.)

D. berichtet über 3 Fälle von Muskelhernien, welche alle bei Kavalleristen an der Innenseite des Oberschenkels im oberen Drittel zum Vorschein gekommen waren. Sämmtliche Geschwülste waren rundlich, von Hühnereigröße, schmerzlos bei Druck, hart während der Kontraktion der Adduktoren, weich und reponirbar bei Erschlaffung derselben. Bei allen 3 Pat. saß die Geschwulst am rechten Schenkel, der eine von ihnen hatte eine eben solche auch noch am linken Schenkel. Die Geschwülste waren 2mal plötzlich beim Reiten zu Stande gekommen unter heftigem Schmerz; der Kavallerist mit doppelseitiger Geschwulst erlitt sie bei einer heftigen Kontraktion der Adduktoren, indem er einen schweren Gegenstand zwischen den Beinen festhielt. In neuerer Zeit haben Bonnet (de Romans) »Essai sur les hernies musculaires« Montpellier 1886 und Mourlon in Recueil de mém. de méd. chir. etc. 1861 über Muskelhernien geschrieben. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

E. Zaufal. Weitere Mittheilung über das Vorkommen von Mikroorganismen im Sekrete der Otitis media acuta.

(Prager med. Wochenschrift 1888. No. 8.)

In einer früheren Mittheilung (cf. das Referat in dies. Bl. 1887 p. 852) hatte Z. in 2 Fällen von Otitis med. acuta zwei Formen der Pneumoniebakterien nachgewiesen, den Kapseldiplobacillus Friedländer und den Diplococcus A. Fraenkel-Weichselbaum. Z. berichtet jetzt über einen dritten Fall, der ebenfalls ohne Pneumonie verlief und den Diplococcus Fraenkel-Weichselbaum im Sekret enthielt.

Der Pat. war ein 44jähriger Mann, der im Anschluss an eine akute Coryza einen rechtsseitigen eitrigen Mittelohrkatarrh bekam. Nach Perforation des Trommelfells und antiseptischer Behandlung erfolgte Heilung.

Züchtungsversuche mit dem Sekret ergaben den erwähnten Diplococcus, der sich bei Kaninchen und Mäusen als pathogen erwies.

Diesen drei positiven Fällen stehen allerdings 8 negative gegenüber, bei denen Z. wohl Kokken erhielt, die jedoch nicht pathogen waren. Doch glaubt Z. dieses der Unvollkommenheit der früher von ihm geübten Desinfektionsmethode zuschreiben zu sollen.

Die Zahlen sind wohl überhaupt noch zu klein, um daraus weitergehende Schlüsse zu rechtfertigen. **Jaffé** (Hamburg).

F. Betzold. Fremdkörper im Ohr.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 26 u. 27.)

Je seltener genaue Beobachtungen der letalen Folgen unzweckmäßigen Vorgehens gegen Fremdkörper im Ohr sind, um so lehrreicher erscheint der kasuistische Beitrag des Verf., welcher überhaupt nur acht einschlägige Beobachtungen in der Litteratur fand. (Siebenmal wurde Meningitis, einmal eitrige Entzündung der Vena jugularis mit Lungenmetastasen beobachtet.)

Ein 6jähriges Mädchen hatte sich während des Spiels einen Johannisbrotkern in das rechte Ohr gesteckt. Am gleichen Abend machte ein Arzt ohne Narkose erfolglose instrumentelle Extraktionsversuche. Am folgenden Tage konstatirte B., dass der Fremdkörper das Trommelfell in seiner vorderen Hälfte perforirt hatte und unbeweglich in der Paukenhöhle festsaß, wie möglichst schonende Entfernungsversuche während einer einstündigen Narkose ergaben.

Nach 18 Tagen erneuerte B. diese Versuche vergeblich in einer $^3/_4$ Stunden währenden Narkose. Auch dieser Eingriff wurde gut vertragen. Nach weiteren 5 Tagen heftige Schmerzen, welche mehr in den Hals als in den Kopf verlegt wurden und profuser eitriger Ausfluss aus dem Gehörgang. Nach abermals 2 Tagen plötzlich heftiges Fieber. Am folgenden Morgen, also ca. am 27. Tage nach dem Hineingerathen des Fremdkörpers, wird doppelseitige Taubheit so wie der Beginn meningitischer Erscheinungen konstatirt.

Die schon Tags vorher in Aussicht genommene Eröffnung des Warzenfortsatzes wird als letztes Auskunftsmittel ausgeführt. Dabei entleert sich wiederholt etwas Eiter aus der Tiefe des Knochens, doch erweist sich die Höhlung des Proc. mast. frei von Granulationen und Eiter. Obwohl die Operation günstig auf das Allgemeinbefinden wirkt, so trat doch am folgenden Morgen der Tod ein. Die Sektion — 26 Stunden p. m. — ergab: eitrige Infiltration um den Ursprung des Kleinhirns mit Ausbreitung bis zu den Großhirnschenkeln und auf die Oberflächen des Kleinhirns. Die linke Paukenhöhle mit trübseröser Flüssigkeit erfüllt. Im rechten Sinus sigmoideus ein anscheinend frisches, nur an der Umbiegungsstelle von Pars horizontalis in Pars verticalis des Sinus fester sitzendes Gerinnsel, das bei Druck einen Tropfen frischen Eiters entleerte. An dieser Stelle ist die Wand des Sinus mit dem Knochen durch einen eitrig infiltrirten Strang verbunden. Der Fremdkörper lag auf dem Boden der Paukenhöhle, und da dieser tiefer liegt als der knöcherne Trommelfellsulcus, so war es nicht möglich gewesen, ihn über denselben vom Gehörgang mit Instrumenten abzuheben, weil er sich gegen die vorstehende Leiste anstemmte, welche vom unteren knöchernen Theile der äußeren Pauken-

höhlenwand und dem Trommelfellsulcus gebildet wird. Auch ein direkt in die knorpelige Tube am Präparat eingeleiteter Spritzenstrahl ließ ihn unbewegt. Weiter war die Platte des Steigbügels so weit in den Vorhof hineingedrängt, dass eine traumatische Zerreißung des Lig. annulare nothwendig angenommen werden musste. Dies erklärt die rechtsseitige Gehörsstörung ausreichend. Theile des häutigen Labyrinths, so wie Nn. acustic. und facial. der rechten Seite zeigten mikroskopisch eitrige Infiltration. Die plötzlich eingetretene völlige Taubheit auch auf dem unverletzten linken Ohr ist dem Übergreifen der Meningitis auf das Labyrinth dieser Seite zuzuschreiben.

Therapeutisch wäre nach dem Sektionsbefunde die Ablösung der Muschel und des knorpeligen Gehörganges in diesem Falle unzureichend gewesen.

Ausspülungsversuche vom eröffneten Antrum mastoideum aus (Gruber) erzeugten nur Schluckbewegungen. Der weitere Vorschlag Gruber's, die hintere knöcherne Gehörgangswand wegzumeißeln resp. die Öffnung im Antrum mastoideum genügend in den Gehörgang zu erweitern, um dem Fremdkörper unter einem günstigeren Winkel mit Instrumenten beizukommen, stößt beim Erwachsenen auf fast unüberwindliche Schwierigkeiten; beim kindlichen Schläfenbein ist sie vielleicht aussichtsreich.

Eine frühzeitigere Eröffnung des Warzenfortsatzes allein wäre nach der Ansicht des Verf. im besprochenen Falle wahrscheinlich wohl im Stande gewesen, die tödliche Ausbreitung der Eiterung hintanzuhalten. Schließlich betont Verf. folgenden Satz: »Wenn das Bestehen von hochgradigster Schwerhörigkeit oder Taubheit auf eine frische Verletzung an der Steigbügelplatte schließen lässt, so liegt für die Entfernung des Fremdkörpers mittels Abtragung der hinteren Gehörgangswand, wenn dieselbe auf anderem schonenderen Wege unmöglich ist, eine Indicatio vitalis vor, da eine an die Anwesenheit des Fremdkörpers an dieser Stelle sich fast mit Sicherheit anschließende Mittelohreiterung durch die Lücke in der Fenestra ovalis einen freien Weg in das Labyrinth und von hier durch den Aquaeductus cochleae und den Porus acucticus internus zu den Meningen findet.«

Wallach (Frankfurt a/M.).

A. R. Jenkins (Henderson). Case of recovery from stab-wound of abdomen, with wound of colic artery, and large, long continued and filth infected bowel-protrusion.

(Annals of Surgery 1887. Vol. VI. p. 324.)

Der Verf. berichtet über folgenden, durch seinen Verlauf höchst merkwürdigen Fall:

Zu einem Neger, der in den Bauch gestochen war, gerufen, fand er den Mann auf schmutzigem Lager, in Blut, Urin und Koth liegend, von einem besudelten Federbett bedeckt, stark collabirt. In der Regio epigastrica fand sich bei genauerer Untersuchung eine etwa 5 cm lange Wunde nebst einem enormen Vorfall von Eingeweiden, die kalt und cyanotisch waren, und auf denen nicht bloß Schmutz, Hühnerfedern und Klumpen geronnenen Blutes, sondern auch die schmutzigen, arg verunreinigten Hände des Pat. bereits seit zwei vollen Stunden gelegen hatten. Die vorgefallenen Eingeweide, Colon transversum, Omentum und ein 2 Fuß langes Stück Jejunum, wurden in warme, mit 5%iger Karbolsäurelösung durchtränkte baumwollene Tücher — von Kleidungsstücken entnommen — umhüllt, mit derselben starken Karbolsäurelösung abgespült und, so gut es bei dem Mangel an Licht gehen wollte, gereinigt. Dann wurde ein blutendes Gefäß im Mesocolon nach einigen Schwierigkeiten unterbunden, die Bauchwunde vergrößert und, nachdem die Falten des Mesenterium ebenfalls von ansitzenden Federn und inzwischen aufgefallenen Motten gesäubert, die einzelnen Partien der Bauchhöhle ausgetupft waren, die ganze Masse der vorgefallenen Eingeweide zurückgebracht. Trotzdem die Darmschlingen in Folge der Karbolsäureeinwirkung getrübt waren, trotzdem sie 2 Stunden lang im Schmutz außerhalb der Bauchhöhle gelegen hatten, wurde der Mann geheilt. Nur am 3. Tage war eine leichte tympanitische Auftreibung

und mäßiger Schmerz vorhanden gewesen; sonst aber hatten sich keinerlei Störungen bemerkbar gemacht. **F. Bessel-Hagen** (Heidelberg).

F. Bramann (Berlin). **Zwei Fälle von offenem Urachus bei Erwachsenen.**

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. XXXVI. p. 996—1012.)

Den bereits bekannten Fällen von Offenbleiben des Urachus fügt der Verf. zwei neue aus der chirurgischen Klinik v. Bergmann's hinzu, welche noch in so fern ein besonderes Interesse darbieten, als die kongenitale Anomalie sich unter ganz verschiedenen Bedingungen und unter ganz abweichendem Krankheitsverlaufe bemerkbar machte.

Der eine Fall betrifft ein 12 Jahre altes, in seiner Entwicklung sehr zurückgebliebenes Mädchen, bei welchem in früherer Zeit keinerlei Abnormitäten am Nabel vorhanden gewesen waren. In der Kindheit hatte das Mädchen an hartnäckigem Ekzem der äußeren Geschlechtstheile gelitten; im 9. Lebensjahre hatte es ohne nachweisbare Ursache eine heftige Cystitis bekommen, welche jahrelang bestehen blieb und zeitweise mit sehr heftigem Drang zum Uriniren verbunden war, bis eines Tages der Urin zum Nabel herauszufließen begann und sich von nun ab allein durch den letzteren entleerte. In der nicht eingezogenen Nabelnarbe fand sich ein etwa erbsengroßer, rundlicher Granulationsknopf, aus dessen etwas abgeflachter Kuppe sich die zuweilen ganz klare, zuweilen mit weißen Flocken gemischte, urinös riechende Flüssigkeit ununterbrochen entleerte. Hinter den Bauchdecken fühlte man in der Mittellinie eine vom Nabel abwärts bis hinter die Symphyse verlaufende längliche, wurstförmige Geschwulst, welche in der Nähe des Nabels von den Bauchdecken nur schwer zu isoliren, im unteren Theile aber gegen die letzteren deutlich verschiebbar war. Wie Untersuchung per rectum ergab, ging das untere Ende der Geschwulst direkt in die Blase über, so dass auch eine Sonde, welche in den Granulationsknopf am Nabel eingeführt worden war, nach Passirung der Geschwulst und weiter auch der Blase durch die Urethra wieder zum Vorschein kam.

Nachdem eine Zeit lang durch Anwendung eines Verweilkatheters und häufige Blasenausspülungen die Erscheinungen der Cystitis bekämpft worden waren, schritt der Verf. zur Operation, weil ein Abfluss des Urins auf normalem Wege nicht zu erzielen war. Hierbei zeigte sich nun der gespaltene, natürlich vor dem Peritoneum gelegene Gang der den Nabel mit der Blase verbindenden Geschwulst von einer mehrere Millimeter dicken, dunkelrothen, wenig resistenten Gewebsschicht ausgekleidet, die ohne Weiteres als Schleimhaut anzusehen war, an einigen Stellen aber mehr einem Granulationsgewebe glich. Bei der Ablösung dieser Gewebsschicht riss im unteren Theile des Ganges die hintere Wand desselben mit dem Peritoneum ein. Der Peritonealriss wurde vernäht, eben so die Wunde im oberen Theile, während der untere Theil mit Jodoformgaze tamponirt, und in die Blase ein Verweilkatheter eingelegt wurde. Dicht über der Symphyse blieb, während sonst die Heilung sich ohne Zwischenfall vollzog, eine Fistel zurück, aus welcher sich fast der gesammte Urin entleerte, sobald man den Katheter fortließ.

In diesem Falle war sonach, ähnlich wie in den von Worster und Cadell beschriebenen Fällen, allein die chronische Cystitis und die daraus folgende Schwierigkeit der Urinentleerung als Ursache des Leidens anzusprechen, indem die Urinstauung in der Blase bei dem von Zeit zu Zeit eintretenden krampfhaften Verschluss der Harnröhre allmählich die Dehnung des Urachus nach sich zog.

In dem zweiten Falle handelte es sich um einen partiell offenen Urachus, eine Nabelurachusfistel, welche außer Eiter mehrere Gallensteine in ihrem Inneren beherbergte, und zwar bei einer 63 Jahre alten Dame. In ihrem 45. Lebensjahre war dieselbe an einer heftigen Unterleibsentzündung erkrankt, und bei dieser Gelegenheit hatte der behandelnde Arzt eine in der Nabelgegend und etwas nach rechts und oberhalb derselben gelegene faustgroße und auf Druck empfindliche Geschwulst bemerkt. Später soll dann diese Geschwulst mehr nach der Symphyse zu hinabgerückt und zwei Jahre später durch den Nabel aufgebrochen sein, wobei eine große Menge übelriechenden Eiters zur Entleerung kam. Bei der Aufnahme in

die Klinik nach weiteren 16 Jahren, während welcher Zeit die Eiterung dauernd fortbestanden hatte, fand sich in dem tief eingezogenen Nabel eine kleine Fistelöffnung und bei der Betastung des Bauches genau in der Mittellinie eine länglich ovale Geschwulst, welche vom Nabel an bis fast zur Symphyse hin sich erstreckte, im oberen Theile inniger mit der Bauchwand verwachsen, im unteren etwas verschieblich. Weiter konnte die eingeführte Sonde mehrere Konkremente konstatiren. Die Urinentleerung war stets normal gewesen. Erscheinungen, die auf ein Leberleiden schließen ließen, waren, abgesehen von den Schmerzen im rechten Hypochondrium, mit denen das Leiden begonnen hatte, niemals beobachtet worden. Bei der Operation extrahirte v. Bergmann aus der unteren, weiteren Partie des Ganges 4 taubeneigroße, rundliche, etwas facettirte Konkremente, die nach mikroskopischer und chemischer Untersuchung fast nur aus Cholestearin und Gallenfarbstoffen bestanden, aber keine den Harnsteinen eigenthümliche Substanzen enthielten. Der ganze Gang wurde ausgekratzt und schloss sich im Verlauf von etwa 3 Monaten.

In diesem wie in dem vorigen Falle vermochte der Verf. an den abgekratzten Gewebsstücken die Anwesenheit des für die Urachusschleimhaut charakteristischen, vielgestaltigen und stellenweise mehrschichtigen Plattenepithels nachzuweisen.

Weitere Erörterungen des Verf. beziehen sich noch auf den Durchbruch der Gallensteine in den Urachus hinein und auf den Weg, den sie dabei zurückzulegen haben. **F. Bessel-Hagen** (Heidelberg).

Nicaise. Hydrohématocèle par rupture des tuniques vaginale et fibreuse.

(Revue de chir. 1888. No. 3.)

Ein 52jähriger Mann, der früher jahrelang an einer linksseitigen Hydrocele gelitten hatte, von der er nach 12maliger vergeblicher Punktion schließlich durch Jodinjektion geheilt worden war, erwarb vor $^1/_2$ Jahr eine neue Hydrocele auf der rechten Seite in Folge einer Verletzung. Einige Tage vor seiner Aufnahme quetschte sich der Kranke von Neuem, was eine stärkere, sehr schmerzhafte Anschwellung des Scrotum zur Folge hatte. Bei der Aufnahme fand man den linken Hoden etwas vergrößert und rechts einen beträchtlichen, deutlich fluktuirenden, nicht durchscheinenden Erguss in die Tunica vaginalis neben ausgedehnten Sugillationen der Scrotalhaut. 22 Tage nach der Verletzung, während welcher Zeit der Kranke mit erhöhtem Scrotum im Bett gelegen hatte, machte N. die Radikaloperation. Innerhalb der Tunica vaginalis fanden sich eine Menge Blutgerinnsel; die Wände der Serosa waren mit Fibringerinnseln tapeziert. Nach vorn und außen wurde ein Riss in der Tunica vaginalis bemerkt, durch den der außerhalb der Tunica vaginalis propria liegende Bluterguss mit dem innerhalb derselben bestehenden in Verbindung stand. Der Bluterguss war hauptsächlich gebildet durch Zerreißung der Gefäße in der T. vaginalis communis, deren innere, fester gefügte Lagen eine weitere Verbreitung nach außen verhindert hatten.

Bei der Operation wurden alle Gerinnsel entfernt, das blutig infiltrirte Gewebe zum großen Theil fortgenommen und von der Scheidenhaut nur so viel zurückgelassen, als zur Bedeckung des Hodens nöthig war. **Sprengel** (Dresden).

Ozenne. Contribution a l'étude de la pachyvaginalite hemorhagique d'origine syphilitique.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1888. No. 13.)

Eine 6 Fälle umfassende Kasuistik, darunter eine eigene Beobachtung von Hämatocele bei syphilitischer Orchitis oder Epididymitis. Verf. empfiehlt in solchen Fällen zunächst antisyphilitische Behandlung, und erst wenn diese erfolglos, den chirurgischen Eingriff. **Alex. Fraenkel** (Wien).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Neue Taschenstraße 21), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 39. **Sonnabend, den 29. September.** **1888.**

Ein aufgeschlossener doppelwandiger Uteruskatheter.

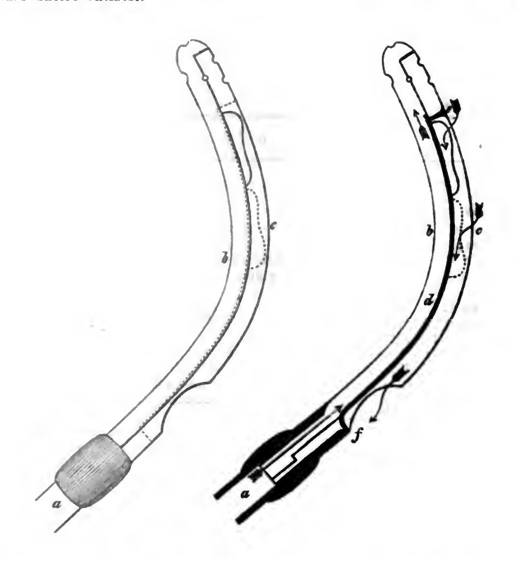
(Deutsches Reichs-Patent No. 42157.)

Von

Dr. Krevet in Mühlhausen i/Th.

Der Bozemann'sche Katheter ist zur Zeit bei uns der am meisten gebrauchte. Namhafte deutsche Gynäkologen haben es sich angelegen sein lassen, denselben zu verbessern. Der Katheter ist ein doppelwandiger, seine Beliebtheit beweist, welches Gewicht man allgemein auf gesicherten Rückfluss legt. Leider ist dies vortreffliche Instrument nicht so wie es wünschenswerth wäre zu reinigen. Ich habe zu Anfang vorigen Jahres einen aufgeschlossenen doppelwandigen Uteruskatheter konstruirt. Es erschien mir eine zeitgemäße und ersprießliche Aufgabe, dieses Instrument, das bei den gefährlichsten septischen Erkrankungen benutzt wird, so herzustellen, dass es dem heutigen Standpunkte der Antisepsis gerecht wird, d. h. dass die Theile, die beim Gebrauch verunreinigt werden, auf das peinlichste unter Kontrolle der Augen gereinigt werden können. Nur so kann der Arzt die Beruhigung gewinnen, denselben Katheter, den er so eben in eklatantem Wochenbettfieber angewandt hat, in einem anderen Falle bei erst drohender Erkrankung in den Uterus einzuführen, ohne fürchten zu müssen, Unheil statt Nutzen zu bringen. Vielleicht dass meine Anregung aus der Praxis heraus etwas dazu beiträgt, die noch immer hohe Sterblichkeit im Wochenbett zu verringern.

Mein Katheter besteht aus dem einfachen Vaginalrohr *a* und dem davon quer getrennten Uterustheil, welcher durch einen Längsschnitt in die Hälften *b* und *c* zerlegt ist. Innen birgt das Uterusrohr eine nicht ganz bis zur Spitze gehende Längsscheidewand *d*, die herausnehmbar ist. Durch die Scheidewand sind 2 Kanäle geschaffen, von welchen der hintere oben und unten durch die Stege *e* und *f* abgesperrt ist. Die aus dem Vaginal- in das Uterusrohr einströmende Flüssigkeit nimmt durch die vordere Längshälfte desselben ihren Weg und tritt am Kopf des Katheters durch die allseitigen Öffnungen aus in die Gebärmutterhöhle. Der Rückfluss findet, so weit nicht nebenher Raum ist, durch den hinteren Kanal statt, der mit seinen 2 oberen Fenstern die zurückfließende Spülung aufnimmt und sie durch das untere entlässt.



Die Konstruktion des Instrumentes ist folgende: Der Uterustheil des Katheters passt mit einem schwach konisch sich verjüngenden Zapfen in das Vaginalrohr hinein; ein kurzes Gewinde sorgt für die Festigkeit der Verbindung und sichert die Lage des Katheters innerhalb der Gebärmutter entsprechend der Richtung, welche die Führungsösen am Vaginaltheil angeben. Die 2—3 Touren der Verschraubung sind dem Auge und der Reinigung vollständig zugänglich. Von dem Vaginalrohr abgeschraubt zerfällt das Uterusrohr in die 2 Hälften, von denen die vordere den Kopf des Katheters trägt; unter diesen Kopf greift die hintere Hälfte mit einem Falze hinein. Die Scheidewand innen besteht aus einem Längssteg, der an der hinteren Rohrhälfte derart befestigt ist, dass er sich nach oben dem in ihr befindlichen Querdamm mit einem schwalbenschwanzförmigen Schieber einfügt und sich unten mit seinem rechtwinklig gebogenen Ende gegen den oberen Rand des eingelegten Gewindes anstemmt und damit das untere Schutzwehr bildet. So liegt die Scheidewand wie eine Brücke über der hinteren Hälfte und beim Zu-

sammenfügen der Uterustheile presst sie sich in die vordere Hälfte hinein, so dass der Abflusskanal einen größeren Querschnitt hat als der des Einflusses.

Die Handhabung ist eine einfache: Vaginal- und Uterusrohr werden von einander geschraubt, die Uterushälften fallen aus einander und durch Herausheben des rechtwinkligen Endes der Scheidewand und Vordrücken auf den Schieber am oberen Theil wird selbige leicht entfernt, eben so wie sie schnell durch Hineinschieben in den oberen Steg und durch Druck auf das untere Ende einschnappt und fest liegt. Die beiden Uterushälften fügen sich leicht zusammen und werden durch einen winkligen Einschnitt der Längsnaht am Zapfen einerseits, durch den Falz andererseits in der richtigen Lage zu einander gehalten.

Ich glaube den Werth meines Katheters darin zu sehen: dass er sicher und allseitig eine Bespülung der Gebärmutter bei niederem Druck ermöglicht, dass er ferner für den Abfluss in vollkommener Weise sorgt und — der letzte und nicht geringste Vorzug — dass er nach den heutigen Grundsätzen der Antisepsis zu reinigen ist. Die Irrigation durchläuft in jedem Falle den oben beschriebenen Weg, es ist die absolute Sicherheit gegeben, dass sobald Flüssigkeit zur Vagina austritt, diese Flüssigkeit auch mit dem Inneren des Uterus in Berührung gewesen ist. Die Erweiterung des Strombettes am Ende des Katheters, die vielen und großen Öffnungen sichern eine allseitige Bespülung ohne Strahl. Jeder probire vorher, welche Höhe die Wassersäule haben muss, damit kein Strahl sondern nur ein Um- und Ausfluss aus dem Katheter stattfindet. Diese Vorsicht genügt; alle anderen am Kopf des Katheters angebrachten Vorkehrungen, den Strahl zu verhüten, geschehen auf Kosten der Gründlichkeit der Ausspülung und stellen damit den Erfolg derselben in Frage. Wir spülen nicht mehr so oft aus wie früher und das wahrhaftig mit Recht und zum Nutzen der Kranken; wo es aber nöthig ist, soll es gründlich geschehen, dann soll es eine reichliche, totale Auswaschung sein. Der Abfluss aber und das Wegschwemmen loser Gewebsfetzen und zersetzter Blutgerinnsel wird durch den weiten Querschnitt des hinteren Kanales in vollkommener Weise garantirt, so dass eine Stockung und Anstauung des Rückflusses innerhalb des Uterus sicher ausgeschlossen ist. Bedenkt man, dass der Uteruskatheter zu allgemeinem Gebrauche bestimmt ist — jeder Arzt ist Geburtshelfer —, bedenkt man, dass er bei höchst infektiösen Processen angewandt wird, so verlangen diese Umstände gebieterisch, die höchsten Anforderungen an die Reinigung gerade dieses Instrumentes zu stellen und andererseits die Kontrolle darüber leicht und sicher auszuüben. Die Antisepsis hat verschiedene Phasen durchlaufen und hat zur Zeit noch ein buntes Aussehen. Die Vielartigkeit der Maßnahmen und der stete Wechsel der Mittel — ich erinnere nur an das unheilvolle Sublimat — schaden der Sache sehr. Das Vielerlei und Unstete verwirrt den Arzt und lähmt seinen Eifer. Wir brauchen feste und einfache Normen. Der Arzt muss auch ohne Sterilisationsofen Vertrauen zu seiner Antiseptik haben. Vergessen wir doch nicht, dass wir über die Antiseptik der Hände nicht hinauskönnen und sie sind doch das hauptsächlichste Instrument des Geburtshelfers. Dieselben Maßnahmen der Antisepsis, die für die Hände Kraft haben, müssen für Alles genügen und wir müssen bemüht sein, unser Instrumentarium diesen Maßnahmen zugänglich zu machen. Und so soll mein Katheter dazu beitragen, eine einheitliche Antisepsis anzustreben. Wir sind heut zu Tage dahin gelangt, das Hauptgewicht auf Bürste und Seife d. h. auf mechanische Entfernung des Schmutzes zu legen, wir säubern gründlich und fügen zur stärkeren Sicherheit specifisch antiseptische Maßregeln hinzu. Mit meinem Katheter hat der Arzt ein sauberes und zwar ein offenbar und augenscheinlich sauberes Instrument in der Hand, es befinden sich Rückstände von der letzten Applikation — wenn auch ausgekocht und ausgeglüht — nicht darin. Ein Jeder wird, gleich mir, ein angenehmes Gefühl empfinden, wenn er nach dem Gebrauch das Innere des Katheters vor Augen liegen sieht und sorgfältig reinigen kann.

Der Vaginaltheil des Katheters kann gerade oder mit Beckenkrümmung angefertigt und das Rohr beliebig weit genommen werden. Seine Innenwand wird

nur von antiseptischer Flüssigkeit durchströmt und dieselbe steht unter viel höherem Druck als der Rückfluss, so dass eine Verunreinigung von dem Uterusinhalt her nicht vorkommen kann. Es steht das Scheidenrohr unter gleichen Verhältnissen wie der sich anschließende Gummischlauch, bei beiden ist unser Augenmerk auf Reinhaltung der Außenseite gerichtet. Doch bietet ein weites Lumen und die gerade Richtung auch beim Scheidentheil die volle Sicherheit, seine Innenwand zu kontrolliren und mechanisch zu reinigen.

Ich erwähne zum Schluss, dass Weinhold im September 1887 auf der Naturforscherversammlung einen aufgeschlossenen Spülkatheter mit äußerer Rinne veröffentlicht hat. Ich habe mir die Priorität der Erfindung eines aufgeschlossenen doppelwandigen Katheters gesichert[1]. Nachdem ich den Katheter über 1 Jahr praktisch erprobt und mancherlei Veränderungen angebracht habe, — glaube ich zum Abschluss gekommen zu sein, um damit vor die Öffentlichkeit zu treten und meinen Katheter den Kollegen zur Benutzung zu empfehlen.

---

1) **Leopold** (Dresden). Weiterer Beitrag zur Verhütung des Kindbettfiebers.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 20.)

Wie schon voriges Jahr (cf. Ref. Centralblatt 1887 No. 42) so veröffentlicht L. auch in diesem einen kurzen Bericht über die Mortalitäts- und Morbiditätsverhältnisse in dem Dresdener königlichen Entbindungsinstitut während des Jahres 1887. Auch dieses weist sehr günstige und zwar noch günstigere Verhältnisse als das Vorjahr auf. Von 1388 in der Anstalt entbundenen Frauen hatten 12,8% eine kurz vorübergehende Temperatursteigerung über 38° C.; sie alle konnten bis zum 12. Tag entlassen werden. 3% hatten mehrtägiges Fieber in Folge von übelriechenden Lochien, Eklampsie, Dammwunden, Schrunden etc., sie konnten insgesammt bis zum 28. Tag entlassen werden. Nur 0,4% boten infektiöse Erkrankungen, vorwiegend parametritische Exsudate dar. Nur ein Infektionstodesfall (künstliche Frühgeburt), welchen die Anstalt verschuldete, kam vor. Im Ganzen, diesen Fall eingerechnet, starben 14 Wöchnerinnen = 1%, von diesen 2 an Eklampsie, 4 an Placenta praevia (theils an Verblutung, theils an Infektion nach langer, außerhalb des Institutes erfolgter Tamponade), 1 an Granularatrophie der Nieren, 1 an perforirendem Magengeschwür, 1 an akuter Meningitis nach Otitis media, 1 an Uterusruptur, 2 an Erschöpfung (nach wiederholten Entbindungsversuchen vor Aufnahme in die Klinik), 1 an septischer Peritonitis.

Diese Resultate müssen als um so günstiger erscheinen, wenn man berücksichtigt, dass unter der Gesammtzahl der 1887 Entbundenen nicht weniger als 121 sich befinden, welche schon außerhalb des Institutes untersucht, resp. bei denen Entbindungsversuche angestellt worden waren. Nur 11 von diesen sind kürzere oder längere Zeit krank gewesen, mehrere von ihnen nach schweren Verletzungen der äußeren oder inneren Genitalien in Folge von Entbindungsversuchen vor ihrer Aufnahme. 3 erkrankten an Parametritis; 5 starben theils an Sepsis, theils an Erschöpfung.

---

[1] Patent vom 19. Juli 1887.

Dass eine verhältnismäßig große Zahl dieser Wöchnerinnen ein fieberloses Puerperium durchmachte, führt L. darauf zurück, dass bei allen schon vor ihrer Aufnahme Untersuchten besonders dann, wenn eine operative Entbindung nothwendig wird, Scheide und Gebärmutterhöhle, vor Allem der Hals vor und nach der künstlichen Entbindung mit 5%iger Karbollösung auf das sorgfältigste mittels Wattetupfern gereinigt bezw. ausgewischt worden.

Das günstige Gesammtresultat aber ist nach des Verf.s Ansicht, abgesehen von strenger Antisepsis Folge einer ganz systematischen Arbeitseintheilung in dem Dresdener Institut einer scharfen Trennung der einzelnen Gebiete der Klinik, der Geburtshilfe von der Gynäkologie, der geburtshilflich normalen Fälle von allen zweifelhaften oder sicher inficirten, der Beschäftigung mit mikroskopischen oder Präparatenuntersuchungen von jedweder geburtshilflichen Thätigkeit, vor Allem der strengen Trennung des Dienstes auf dem Gebärsaal von dem auf der Wöchnerinnenstation. **Graefe** (Halle a/S.).

---

2) **Sommer** (Berlin). Erfahrungen über Sublimatverwendung in der Gebäranstalt der Charité.

(Charité-Annalen XIII. Jahrg.)

S. berichtet über 5027 Gebärende, welche von Anfang Mai 1884 bis Ende September 1887 auf der Gusserow'schen Klinik mit Sublimatausspülungen behandelt wurden. Anfangs wurden auch zu intrauterinen Ausspülungen noch Lösungen von 1 : 1000 verwandt, in den Jahren 1885 und 1886 in der Regel nur solche von 1 : 4000, selten 1 : 3000, 1887 nur noch solche von 1 : 4000.

Unter den 5027 Fällen kamen 19 Fälle von Intoxikation vor, von welchen einer letal endete. Hier war wegen Fiebers im Wochenbett eine Uterus- und Scheidenausspülung von je 2 Litern einer Sublimatlösung von 1 : 4000 vorgenommen worden. Bei der Sektion fand sich nur eine geringe Darmveränderung, dagegen eine sehr schwere Nephritis parenchymatosa und eine linksseitige alte Hydronephrose, die wahrscheinlich den tödlichen Ausgang begünstigt hat.

Die vor, während und nach der Geburt gemachten Scheidenausspülungen führten nur in einem Fall = 0,02%, die Scheidenausspülungen im Wochenbett bei 1095 Wöchnerinnen in 4 Fällen = 0,36%, die post partum an 453 Entbundenen ausgeführten Uterusausspülungen in 4 Fällen = 0,88% und die bei 368 Wöchnerinnen im Wochenbett vollzogenen Uterusausspülungen 10mal = 2,7% zu Vergiftungserscheinungen. Am gefährlichsten sind somit die Ausspülungen im Wochenbett, insbesondere die Uterusausspülungen, wahrscheinlich wegen ihrer öfteren Wiederholung. Unter den 4 Fällen, wo nach einer unmittelbar p. partum vorgenommenen Uterusausspülung Sublimatintoxikation eintrat, handelte es sich 3mal um atonische Nachblutungen.

Gegenüber den Gefahren der Sublimatanwendung, welche der Verf. für die Zukunft durch Gebrauch noch schwächerer Lösungen (1 : 5000) zu vermeiden hofft, hebt er die Vortheile derselben durch eine Statistik über die Puerperalfiebermortalität der Jahre 1874—1887 hervor. Dieselbe zeigt für die Jahre 1884—1887 nur die geringe Mortalität von 0,17—0,34%, während die niedrigste Mortalitätsziffer der früheren Jahre, die des Jahres 1883, 0,5% beträgt.

Ref. ist allerdings der Ansicht, dass die günstigen Resultate der letzten Jahre dieselben bleiben werden, wenn zu Uterusausspülungen 3—5%ige Karbolsäure verwandt, aber die Desinfektion der Hände mit einer Sublimatlösung von 1 : 1000 beibehalten wird.

Außer dem einen oben geschilderten Fall von tödlicher Sublimatintoxikation hat Virchow in der Berliner medicinischen Gesellschaft noch über mehrere analoge Fälle berichtet bis auf einen Fall, welcher mit schwerem Puerperalfieber hoffnungslos erkrankt, auf die gynäkologische Abtheilung kam, sind die Intoxikationen mit Sublimat sämmtlich bereits außer der Anstalt erfolgt. (Ref.)

Dührssen (Berlin).

---

3) **N. Senn** (Milwaukee). Wasserstoffeinblasungen per rectum, ein untrügliches Mittel in der Diagnose von Verletzungen der Gedärme bei penetrirenden Bauchwunden ohne Laparotomie.

(Med. news 1888. Mai 26. p. 569.)

Nach zahlreichen Experimenten an Hunden, sowie Versuchen an sich selbst, kommt Verf. unter Anderen zu folgenden Schlüssen:

Der ganze Verdauungstract ist durchgängig für Gas oder Luft eingeblasen vom Rectum aus.

Luft einzublassen in den ganzen Verdauungstractus von oben her gelingt selten, sollte also nur für muthmaßliche Verletzungen des Magens und seiner unmittelbaren Umgebung verwendet werden.

Luft oder Gas geht durch die Ileo-Coecalklappe bei Rectaleinblasung bei einem Drucke von $^1/_4$—2 Pfund unter einem blasenden oder gurgelnden Geräusche.

Luft oder Gas geht durch den ganzen Darm bis zum Munde unter einem Drucke von $^1/_3$—$2^1/_2$ Pfund.

Rectaleinblasungen müssen sehr langsam und gleichmäßig ausgeführt werden, Wasserstoff ist empfehlenswerth, da er nicht toxisch wirkt und rasch resorbirt wird.

Bei Schuss- oder Stichwunden des Gastro-intestinal-Kanals ermöglicht es die Einblasung von Wasserstoff dem Chirurgen, positiv zu entscheiden, ob eine penetrirende Verletzung eines Eingeweides besteht oder nicht, ohne sich dem Risiko und der Verantwortlichkeit eines Explorativbauchschnittes auszusetzen.

Krentzmann (San-Franzisko).

---

4) **Thomas Addis Emmet.** Über den Gebrauch der Scheidentamponade bei Behandlung gewisser Residuen nach Beckenentzündungen.

(New York med. journ. 1888. Februar 18. p. 169.)

Als Folgen der verschiedensten Arten von akuten Entzündungen der inneren Geschlechtsorgane bleiben häufig Erweiterungen der Venen zurück, welche mit einem chronischen Entzündungsvorgang einhergehen. Da die geringe Festigkeit der Wandungen der Venen und ihrer varikösen Erweiterungen schon bei geringem Druck die Möglichkeit, sie zusammenzudrücken, gewährt, so ist auch ein in die Scheide eingeführter Tampon im Stande eine solche Verengerung der Gefäßlichtung herbeizuführen. Dieser theoretischen Erwägung entsprechen durchaus die praktischen Erfolge, welche E. trotz früheren Zweifels gerade bei chronisch entzündlichen Zuständen mit varixartiger Erweiterung der Venen durch die Scheidentamponade erzielt hat.

Gar nichts, eher sogar ein schädlicher Erfolg wird durch sie bei allen akuten Entzündungen erreicht. Da der geringe Druck, welcher durch sie ausgeübt werden kann, nicht mehr hinreicht, um die kleinen Arterien zur Zusammenziehung zu bringen, so vermag sie gegen die arterielle Fluxion nichts auszurichten; sie wirkt vielmehr reizend. Dagegen entspricht die Heißwasserdusche durch ihre mächtige Wirkung auf die kleinen Arterien dieser Indikation vollkommen.

Lühe (Demmin).

---

5) **Westermark** (Stockholm). Über Exstirpation der Tuba Fallopii und ihre Indikationen.

(Nord. med. Arkiv 1887. Bd. XIX. Hft. 4.)

Nach einem ausführlichen historischen Überblick bespricht Verf. erst die Eileiterexstirpation bei Eileiterschwangerschaft. Verf. tritt warm für diese Operation ein sowohl bei schon geborstener wie bei intakter Eileiterschwangerschaft. Verf. hat einmal bei geborstener Tubenschwangerschaft mit Glück operirt (oder eher bei nicht geborstener sondern abortirender Tubenschwangerschaft mit Entleerung massenhaften Blutes durch das Fimbrionalende der Tube; s. Ref. im Centralblatt f. Gynäkologie 1885 No. 41 p. 653). Dann wird die Exstirpation bei inflammatorischen Processen in dem Eileiter besprochen. Verf. hat 9mal nach dieser Indikation operirt mit 1 Todesfall (Tuberculosis tubae et peritonaei). Verf. schildert ausführlich die Diagnose und legt in dieser Beziehung großen Werth auf die Schmerzen, die er theils der begleitenden Perimetritis, hauptsächlich aber, und besonders während der Menstruation, Kontraktionen in den muskulösen Tubensäken zuschreibt. Auch die verschiedenen objektiven Befunde werden besprochen. Die Behandlung betreffend erwartet Verf. nur ein günstiges Resultat aus der Entfernung der Krankheitsprodukte. Die operative Technik des Verf. nähert sich so weit möglich der

Tait'schen. Doch wagt es Verf. noch nicht den Bauchschnitt so klein, wie dieses Tait thut, zu machen. Erst wird die Gebärmutter in die Höhe gehoben, oft mit Beihilfe eines Assistenten von der Scheide her, und dann eine starke Seidenschlinge in der Tubenecke befestigt, und diese einem Assistenten übergeben. Während dann der Assistent sanft an der Schlinge zieht, löst der Operateur die Tube aus ihren Verwachsungen aus und unterbindet dann den Stiel.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

---

6) **Reedman.** Ist die Kraniotomie zu rechtfertigen?

(Provincial med. journ. 1888. März 1. p. 111.)

R. kommt aus moralischen und geburtshilflichen Gründen zu dem Schluss, dass die Kraniotomie am lebenden Kinde nicht mehr als berechtigte Operation zu lehren sei, nachdem die fortschreitende Wissenschaft für dieselbe Ersatzmittel geschaffen hat und namentlich die Erfolge des Kaiserschnittes in seinen verschiedenen Arten so erheblich bessere geworden sind. **Lühe** (Demmin).

---

7) **Martinetti** (Florenz). Bauchbruch nach Laparotomien.

(Annali di ostetricia etc. 1888. Januar — Februar.)

Gelegentlich der Besprechung eines Falles von Echinococcus der Milz, der nach Incision und Annähen des Sackes an die Bauchwand geheilt wurde, bemerkt Verf. dass in allen jenen Fällen von Laparotomie, in welchen der untere Winkel des Bauchschnittes wenigstens 4 cm vom oberen Rande der Symph. pub. abstand, kein Bauchbruch später sich entwickelte. Verf. sucht die Ursache des späteren Auseinanderweichens der Narbe am unteren Wundwinkel, außer in der speciellen anatomischen Beschaffenheit der Bauchwand in jener Gegend, noch in der wechselnden Füllung der Harnblase; die gefüllte Blase spannt nämlich das Peritoneum parietale und stört den Heilungsprocess. Daraus zieht Verf. den Schluss, den Bauchschnitt so wenig als möglich nach unten zu verlängern und die Blase in den ersten Tagen nach der Laparotomie so oft als möglich zu entleeren.

Liebman (Triest).

---

8) **Calderini** (Parma). Deciduaähnliche Zellen durch mechanischen Reiz erzeugt.

(Giorn. della R. acc. di med. 1888. No. 1.)

Kaninchenweibchen, die lange Zeit vom Männchen fern gehalten worden waren, injicirte Verf. in ein Uterushorn (nach vorausgegangener Laparotomie) einige Tropfen Paraffin, welches vorher durch hohe Temperatur sterilisirt worden war. Das Horn wurde dann gegen die Uterushöhle zu abgebunden, um die Ausstoßung des Paraffins zu verhindern. Nach einiger Zeit fand Verf., dass das Epithel der betreffenden Seite proliferirt hatte; die cylindrischen Zellen waren plattenförmig geworden, sie waren auch viel größer geworden und

sahen den Deciduazellen ähnlich, auch die Kerne waren viel größer geworden. **Liebman** (Triest).

---

9) **Matlakowski** (Warschau). Alexander's Operation (Kürzung der runden Mutterbänder) bei Prolapsus uteri.

(Przegląd lekarski 1887. No. 29—31.)

Nach geschichtlicher Einleitung entwirft Verf. ein genaues Bild der Technik bei der Alexander'schen Operation. Bei dieser Gelegenheit wird besonderer Nachdruck darauf gelegt, dass alle blutenden Gefäße der Wunde sofort unterbunden werden, damit das frische Aussehen der Gewebe nicht verloren gehe, welcher Umstand beim Aufsuchen der Mutterbänder äußerst wichtig ist. Beim Isoliren räth M. das Lig., wenn es sichtbar, dicht an dem äußeren Leistenring zu fassen; im Gegenfalle sollen alle Gewebe, die unter den queren Bogenfasern (Fibrae intercolumnares s. arcuatae) zum Vorschein kommen, den N. spermaticus internus, welcher weiß durchschimmert und an der ihn begleitenden kleinen Vene zu erkennen ist, ausgenommen, en masse gefasst werden. In einem Falle, wo der Annulus inguin. sehr eng war, spaltete M. die Fibrae arcuatae, um das Lig. tiefer, wo es noch nicht zerfasert ist, ergreifen zu können. Das Hervorziehen des Mutterbandes kann in manchen Fällen auf Schwierigkeiten stoßen, besonders wenn Muskelfasern, welche das Mutterband hin und wieder zu begleiten pflegen, mitergriffen werden. Das Hervorziehen räth Verf. mit den Fingern zu bewerkstelligen, weil man es bei Gebrauch von Instrumenten leicht verletzen kann. Die mit hervorgezogenen Weichtheile werden behutsam mit den Fingern oder mit der Pincette gelöst, besonders an den unteren Partien, wo das umgestülpte Bauchfell zuweilen ein ziemlich starkes Bändchen zu bilden pflegt. Nachdem die Lig. genügend hervorgezogen und die Gebärmutter sich in normaler Lage befindet, näht M. dieselben an die Schenkel des Leistenringes mit Katgut an. Solcher Nähte legt Verf. 3—4 an, wodurch der Leistenring vollkommen geschlossen wird. Außerdem befestigt M. das Mutterband an das subkutane Bindegewebe; den Rest (8—12 cm) schneidet er ab. Die Wunde wird exakt geschlossen. Nach einer gründlichen Kritik anderer Verfahrungsmethoden und der gegen die Operation laut werdenden Bedenken, ergründet Verf., in wie fern die Alexander'sche Operation bei Prolapsus uteri zum Ziele führt, ohne die Frage schon heute sicher beantworten zu wollen.

Die vom Verf. operirten Fälle sind folgende:

1) 68jährige Arbeiterin mit stationärem Prolapsus uteri et recti. Kürzung der Lig. um 10 und 11 cm und Annähen der Enden mittels Seide an die Schenkel der Leistenringe und an das subkutane Bindegewebe. Fieberloser Verlauf; Genesung nach 3 Wochen. Nach 3 Monaten wurde die Kranke wegen Prolapsus recti abermals aufgenommen. Bei dieser Gelegenheit konstatirte man, dass die Ge-

bärmutter die nach der Operation eingenommene Lage nicht geändert habe. Wegen Vorfall der hinteren Scheidenwand: Colporrh. post. nach Hegar. Einige Monate später Amputation des stets aufs neue vorfallenden Rectums. Vollkommene Genesung.

2) Der 2. Fall, welcher gleichfalls mit Prolapsus recti komplicirt war, betrifft eine 59jährige Frau, welche 13mal geboren hatte. Totaler Prolapsus uteri. Operation nach Alexander-Adams mit Kürzung der Lig. um 10 und 11 cm. Nach einigen Monaten wegen Prolaps. vag. Colporrh. ant. et post. Gebärmutter hoch, wie nach der Alexander'schen Operation.

3. Fall. 22jährige, schwach entwickelte Nullipara. Totaler Gebärmuttervorfall; Vaginalportion hypertrophirt. Amputation derselben ohne wesentlichen Erfolg. Alexander'sche Operation mit Kürzung der Lig. um 7 und 8 cm. Annähen des Stumpfes beiderseits wie oben. Wundheilung glatt. Einen Monat später wurde der Uterus antevertirt vorgefunden. Prolapsus vaginae blieb zurück.

Im 4. Falle wurde die Alexander'sche Operation an einer 22jährigen Frau, welche an Descensus et Retroversio uteri litt, mit Kürzung der Lig. um 8 und 9 cm mit gutem Erfolg vollzogen.

In der Epikrise räth Verf. Kolporrhaphien, wenn sie angezeigt, vor der Alexander'schen Operation auszuführen.

F. Rosner (Lemberg-Franzensbad).

---

10) **H. Wessidlo** (Murraysburg). Beobachtungen über subkutane Antipyrininjektionen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 19.)

In No. 17 dieses Jahrganges findet sich ein Referat über eine Arbeit Hirsch's, subkutane Antipyrininjektionen betreffend. Während Hirsch nur günstige Erfahrungen mit denselben gemacht, kann W. nicht über solche berichten. Bei 5 Pat. hat er Antipyrin (50%ig) subkutan injicirt, aber nur bei einem mit Erfolg.

Graefe (Halle a/S.).

---

11) **Emile Blanc** (Lyon). Über die Korrektion der persistenten occipito-posterioren Schädellagen mittels der Hand.

(Lyon méd. 1887. No. 3, 4 u. 6.)

B. legt den einen Zeigefinger auf die Pfeilnaht, an einen der kleinen Fontanelle benachbarten Punkt und sucht, mit leichten wiederholten »Traktionen« das Hinterhaupt nach vorn zu schieben. Die etwa noch stehende Fruchtblase bildet kein absolutes Hindernis für dies Manöver, es muss natürlich in den Wehenpausen ausgeführt werden. Der Cervix braucht nur den Finger durchzulassen. Der Abfluss des Fruchtwassers lässt den Finger wohl einen bequemeren Angriffspunkt finden; die Drehung selbst aber wird dadurch erschwert. In 5 Fällen gelang der Handgriff in durchaus befriedigender Weise; freilich blieb nur 2mal die Stellung, so wie sie hergestellt war, von selbst bestehen; in den anderen Fällen begann stets das Hinterhaupt

sich wieder in der Richtung nach hinten zu zu drehen. Dann wurde Forceps angelegt.

B. glaubt, dass in allen Fällen, wo man mit dem Forceps nach klassischer Vorschrift die Drehung »ohne alle Kraftanstrengung« auszuführen vermag, man auch mit dem manuellen Verfahren auskommt. Die nachherige Anlegung des Forceps muss so geschehen, dass der hintere Löffel, zuerst eingelegt, das Hinterhaupt am Zurückgleiten hindert; dann wird der eingelegte Zangenlöffel zwischen Außenseite des Vorderarmes, dessen Hand ihn leitete, und Seitenwand der Scheide fixirt und eben dieselbe Hand dirigirt den zweiten Löffel.

Eine historisch kritische Einleitung und mehrere Geburtsgeschichten begleiten die Arbeit. **Zeiss** (Erfurt).

Kasuistik.

12) **Buchwald** (Breslau). Trichterapparat zur Drainage bei Anasarka.

(Illustr. Monatsschrift der ärztl. Polytechnik 1888. No. 1.)

Ein mit einem umgebogenen Abfluss- und einem Füllungsrohr versehener Trichter wird auf die mit kleinen antiseptischen Schnitten skarificirten Hautpartien gestülpt, durch das Füllungsrohr mit einer antiseptischen, Eiweiß nicht fällenden Flüssigkeit so lange gefüllt, bis die Flüssigkeit durch den Ableitungsschlauch, resp. das Abflussrohr abläuft. Wird jetzt der Füllungsschlauch durch Quetschhahn geschlossen, so wirkt der Abflussschlauch als Heber und saugt beständig die Ödemflüssigkeit aus. Die Saugkraft ist proportional der Länge und Weite des Abzugschlauches. **Menzel** (Görlitz).

13) **Mór. Singen** (Raab). Ein Abortus am Ende des 10. Lunarmonats.

(Allg. Wiener med. Zeitung 1888. No. 4.)

Eine gesunde VIIIpara bemerkte nach einem im 4. Monate ihrer letzten Schwangerschaft überstandenen großen Schrecken, dass die Schwangerschaftssymptome zurückgingen, bis sie fast wieder ihre frühere normale Gestalt erlangte. Plötzlich am Ende des 10. Mondmonats Abgehen einer todten macerirten Frucht sammt dem ganzen Eisacke, die dem 4. Monat entsprach.

Wochenbett normal. Verf. nimmt an, dass sich in Folge der heftigen Erregung die noch zarten Uteroplacentargefäße in ihren Verbindungen loslösten, wodurch der Fötus abstarb. Warum er noch weitere 5 Monate im Uterus blieb, dafür giebt er allerdings keine Antwort. **v. Buschman** (Wien).

14) **O. Piering** (Prag). Über einen Fall von Uterusruptur bei einem Abortus im 6. Lunarmonate. (Aus der deutschen geburtsh. Klinik des Prof. Schauta.)

(Prager med. Wochenschrift 1888. No. 29.)

40jährige VIIpara, die wegen anhaltender Blutungen am 29. April in die Klinik eintrat. 5 reife Kinder. 6. Gravidität vor 4½ Jahren endete unter starken Blutungen mit Abortus im 3. Monat. Letzte Menses December 1887. Mitte März 1888 Fall auf den Rücken. Seitdem Schmerz und bald darauf Blutungen, die durch 4½ Wochen heftig andauerten. Pat. wurde während dieser Zeit kontinuirlich mit erfolgloser Tamponade behandelt. Beim Eintritt in die Klinik schwache Wehen nachweisbar. Innerer Muttermund nur mit einem gewissen Widerstande für den Finger durchgängig, seine Umgebung rigid, nirgends Placentargewebe, nirgends eine Verletzung tastbar. Bei der nächsten Blutung heiße Vaginalirrigation und Tamponade der Scheide, die sehr große Schmerzen macht. Am nächsten Tag Erneuerung der Tamponade. Nachmittags Schüttelfrost, Wehen und stärkere Blutung.

Neuerlich Tamponade des Scheidengewölbes. Diesmal erfolglos. Desshalb Tamponade des Cervicalkanals, die Blutung stand. Kräftige, äußerst schmerzhafte Wehen. 5 Stunden darauf wurde erst der Tampon, dann die Eiblase in der Vulva sichtbar, nach Sprengung derselben wurde die Frucht und die gelöste Placenta ausgestoßen. Bei der hierauf vorgenommenen Untersuchung fand sich die vordere Lippe sammt dem uneröffneten äußeren Muttermund in der Vulva, das Ei war durch einen Querriss der hinteren Lippe von ca. 5 cm Breite aus dem Uterus in die Scheide getreten. Die Scheide unverletzt, vom Cervix nirgends abgetrennt. Eine Perforation des Risses ins Parametrium war klinisch nicht nachweisbar. Unter Collapserscheinungen trat am nächsten Vormittag der Tod ein. Die von Prof. Chiari vorgenommene Obduktion ergab deutliche Abgrenzung eines 3 cm hohen unteren Uterinsegmentes vom Corpus. In seiner linken Hälfte ein 4 cm langer schräg verlaufender Riss, der die ganze Dicke der Uteruswand daselbst betrifft und an den sich einerseits eine hühnereigroße Zerreißungshöhle im linken breiten Mutterbande, andererseits eine die hintere und seitliche Wand des Cervix in eine innere und äußere Lamelle spaltende Zerreißung anschließt. Diese Kontinuitätstrennung erscheint sowohl gegen den Uterus als auch gegen das hintere Scheidengewölbe weit eröffnet. Der Cervicalkanal 4 cm lang. Den Haupterklärungsgrund für diese seltene Verletzung sucht P. in der Rigidität des inneren Muttermundes, die zur Dehnung und schließlich Zerreißung des unteren Uterinsegmentes führte, wobei das in letzterem liegende Ende des tamponirenden Jodoformgazestreifens vielleicht mit anzuschuldigen ist. Eine Erklärung für die eigenthümliche Verlaufsrichtung des Risses kann P. nicht geben. Er hält es für möglich, dass durch die lange fortgesetzte Tamponade der hintere Abschnitt des unteren Uterinsegmentes gedrückt und dadurch zur Atrophie gekommen sei. **W. Fischel** (Prag).

15) **Bylicki** (Lemberg). Heilung einer Uterusinversion.

(Przegląd lekarski 1888. No. 2 u. 4.)

Der vom Verf. beobachtete Fall betrifft eine 23jährige Frau, welche seit ihrer ersten Entbindung, die vor 6 Monaten erfolgte, an häufigen und profusen Blutungen zu leiden hatte. Da Uterusinversion diagnosticirt wurde, bestand die Behandlung im Einlegen eines Kolpeurynters, welchen man Anfangs mit 400 g Wasser füllte. Da zunächst erwiesen wurde, dass der Kolpeurynter die invertirte Gebärmutter gegen die vordere Scheidenwand drücke, füllte B. die Scheidengewölbe mit Jodoformgaze aus, um eine centrale Lage der Gebärmutter herbeizuführen und so den Druck des Kolpeurynters gegen den Fundus uteri zu richten. Am 3. Tage der Behandlung kam hellgelber, schleimiger Ausfluss in geringer Menge zum Vorschein, welcher nicht vom Jodoform herrührte und durch 3 Tage anhielt. Die Gebärmutter lag central und wurde verflacht vorgefunden. Zu Ende der ersten Woche füllte man bereits den Kolpeurynter mit 500 g Wasser. Am 7. Behandlungstage versuchte Verf. in tiefer Narkose die manuelle Reposition. Zu diesem Zwecke führte er die ganze Hand in die Vagina ein und hob die Gebärmutter fast ohne Kraftanstrengung und ohne die Scheide übermäßig zu dehnen derart empor, dass der Inversionstrichter bis zur Nabelhöhe reichte; gleichzeitig drückte er durch die schlaffen Bauchdecken den Trichterring energisch, jedoch erfolglos, herunter. Nach 7tägigem, weiteren Gebrauch des Kolpeurynters folgte ein zweiter, ebenfalls missglückter Reduktionsversuch.. Beim dritten, welcher nach einigen Tagen in der Knie-Ellbogenlage ohne Narkose unternommen wurde (in der Zwischenzeit legte man fortwährend den Kolpeurynter ein und füllte ihn bereits mit 600 g Wasser), ging Verf. nach Schröder's Methode vor, indem er den Cervix mit Muzeux'schen Hakenzangen anzog und gleichzeitig den Fundus zurückdrängte. Die Reduktion misslang auch jetzt. Bei diesem Versuche brachte man jedoch den Fundus uteri bis über den äußeren Muttermund empor und hielt ihn da durch einen Tampon aus Jodoformgaze und durch den Kolp., welcher jetzt mit 775 g Wasser gedehnt wurde, zurück. Die Pat. klagte danach über äußerst heftige Spannung in den Genitalien, Kreuzschmerzen und lästiges Drängen. Dieser qualvolle Zustand hielt durch 3 Stunden an, wonach die Symptome plötzlich nachließen. Nach Entfernung des Kolp. fand man nun die Gebärmutter in normaler Lage.

Zum Schlusse resumirt B. die Behandlungsmethode folgendermaßen: 1) Es muss vor Allem mittels Kolpeurynters ein Druck auf den Gebärmuttergrund in gerader Richtung gegen den Inversionsring ermöglicht werden, was dadurch erreicht wird, dass man durch Füllung der Scheidengewölbe mittels Jodoformgaze das Ausweichen der Gebärmutter verhindert.

2) Man soll trachten, womöglich die Gebärmutter in partieller Reinversion mittels eines Tampons oder durch die Naht der Muttermundslippen zu fixiren.

F. Rosner (Lemberg-Franzensbad).

16) **E. Koeberle** (Straßburg). Uteruspolyp von außergewöhnlichen Dimensionen.

(Allg. Wiener med. Zeitung 1888. No. 14.)

54jähriges Fräulein; abundante Metrorrhagien mit jauchigem Foetor, die nach längerem Bestehen plötzlich cessiren, worauf sich die sehr herabgekommene Pat. zu erholen beginnt. Ein ziemlich harter Tumor füllt das ganze kleine Becken aus, und dehnt die Scheide bis zum Scheideneingange übermäßig aus, an welch letzteren er sich direkt anlegt. K. macht die Diagnose »fibröser Uteruspolyp« und entschließt sich zur Extraktion des Tumors durch die Genitalwege.

Schnitt durch das Perineum bis zum Anus, allmähliche Torsion des Stieles bis zum Abquetschen desselben; dann Zerstückeln des Tumors und Extraktion der einzelnen Stücke. Auf diese Art wurde das über 750 g schwere Fibrom vollständig entfernt. Der Stiel saß dem Orificium colli uteri externum auf.

Querdurchmesser des Tumors 14 cm. Glatter Heilungsverlauf.

K. warnt in solchen Fällen vor Verwechslung mit Carcinom, zu welcher Diagnose man in Folge des blutig-jauchigen Ausflusses, so wie des rapiden Kräfteverfalles sich leicht hinreißen lassen könnte. Die von ihm im vorliegenden Falle eingeschlagene Operationsmethode hält K. für ziemlich ungefährlich; er selbst hat einige 40 Fälle so operirt, ohne einen einzigen Todesfall.

v. Buschman (Wien).

17) **E. Albert** (Wien). Zwanzig Laparotomien wegen Uterusmyomen.

(Wiener med. Presse 1888. No. 13, 16 u. 17.)

Während bis vor Kurzem die Resultate bei selbst ganz einfachen Abtragungen von Uterusmyomen viel ungünstigere waren, als bei selbst sehr komplicirten Ovariotomien, ergiebt die Statistik der neuesten Zeit, dass die Bauchschnitte zur Entfernung von Uterusmyomen kaum jene Mortalitätsziffer aufweisen, als die Vorderarm- oder Unterschenkelamputation in der Zeit der offenen Wundbehandlung. Die Hauptfrage hierbei ist so wie früher bei den Ovariotomien die der Stielbehandlung. Verf. bekennt sich bei dieser Gelegenheit als Anhänger der extraperitonealen Methode. In der Indikation für die Operation geht er weiter als Martin, und nimmt die Enukleation principiell vor, selbst wenn es im Voraus feststeht, dass der Uterus geopfert werden müsse.

Seine Operationsweise ist folgende: An den vor die Bauchwunde gezogenen Uterus wird eine elastische Ligatur gelegt; falls die Harnblase an der Vorderfläche des Tumors hoch hinaufreicht, sticht A., ohne das Peritoneum zu spalten, oberhalb des Blasenscheitels eine lange Akupressurnadel frontal durch die vorderen Schichten des Uterus, und legt die elastische Ligatur oberhalb dieser Nadel an, damit die Blase in die Ligatur nicht hineingezogen werden könne. Dann wird das Myom aus dem gespaltenen Muskelmantel rasch herausgeschält. Lässt sich nun das Peritoneum parietale ohne Zerrung an das Peritoneum des Uterus ringsum annähen, so geschieht dies sofort. Bei großer Spannung wird der Schlauch nach aufwärts gerückt oder entfernt. Dann wird der ganze überschüssige Theil des Uterus abgetragen, das Peritoneum bis in den obersten Wundwinkel hinauf genäht, und dann die anderen Schichten der Bauchwand so weit genäht, dass der Stumpf extraperitoneal aus dem unvernähten Reste der Wunde frei herausragt, jenseits der Ligatur vom Peritoneum sorgfältig umsäumt.

Hinsichtlich der dieser Arbeit A.'s zu Grunde liegenden 20 Fälle fand sich einer,

in dem das Myom aus dem Uterus herausgewandert, im Cavum Douglasii an zwei Strängen frei hing; in einem anderen Falle war das ursprünglich subseröse Myom in das Ligamentum latum eingewandert, und hing mit dem Uterus mittels eines Stieles zusammen. In 2 Fällen ging das subseröse Myom vom Fundus uteri gestielt aus; in den übrigen 16 Fällen handelte es sich um intramurale Myome oder um eine Kombination von solchen mit gestielten subserösen; einmal lag ein großes, auch das Collum occupirendes Myom vor. 4mal konnte der Tumor aus der vorderen Wand des Uterus ausgeschält werden, ohne Eröffnung der Uterushöhle, und wurde da jedes Mal der Uterus konservirt. In den übrigen 12 Fällen wurde der Uterus supravaginal amputirt, und hierbei auch beide Ovarien entfernt. Ein Fall ging an Peritonitis zu Grunde, alle anderen genasen.

An der elastischen Dauerligatur wird A. so lange festhalten, bis ihm die sorgfältige Naht des Stumpfes und seine Befestigung in der Wunde die Garantie bieten, dass keine Nekrose entsteht. Die Krankengeschichten der zwanzig Fälle enthalten manch Interessantes, auf das an diesem Orte nicht näher eingegangen werden kann. **v. Buschman** (Wien).

18) **R. Chrobak** (Wien). Über die operative Heilung der Diastase der Bauchwand.

(Internat. klin. Rundschau 1887. No. 44.)

Die wichtigste Rolle in der Ätiologie der Diastase der geraden Bauchmuskeln spielte die Laparotomie bis zu dem Momente, in dem man die Bauchwand mittels Etagennähten zu vereinigen begann. Das nächstwichtigste Moment ist die Schwangerschaft. Bis vor nicht langer Zeit hat man ausschließlich mit Abdominalverbänden dagegen angekämpft; dann gaben Simon und Hegar ihre operativen Verschlussmethoden an, aber erst Maydl hat 1886 den einzig richtigen Weg eingeschlagen, der im Verschlusse der Diastase selbst durch die Ränder ihrer Pforte d. h. der Musc. recti abdominis und ihrer Scheide besteht. Der Hauptsitz des Schmerzes bei jenen Diastasen, die nach einer Laparotomie entstehen, ist jene Stelle, an welcher sich der obere freie Rand des nicht gespaltenen Antheils der Fascia transversa befindet, der sich immer als eine ganz scharf gespannte Membran durchfühlen lässt.

Verf. hat die Maydl'sche Methode modificirt, und danach die beiden folgenden Fälle operirt:

1) 45jährige Virgo; wegen heftiger Ovarialschmerzen Kastration, reaktionslose Heilung; voller Erfolg der Kastration. Trotz ununterbrochenen Tragens einer Bauchbinde hatte sich nach 1 Jahre eine 2 Finger breite Diastase der Recti gebildet, die sich rasch so vergrößerte, dass ein 12 cm langer, 9 cm breiter schlaffer Beutel herabhängt, dessen Inhalt — Dünndarm — durch die Haut zu sehen ist. Am 24. Januar 1886 Operation. Verf. umschnitt ein Oval vom unteren Nabelrande bis zur Symphyse. Die ausgeschnittene Haut — größtentheils papierdünne Narbe — war 20 cm lang, 15 cm breit. Oben und seitlich leichte Ablösung vom Peritoneum, welches aber in der Mitte wiederholt einriss; die Löcher wurden mit feiner Seide vernäht. Als die Ränder der Recti abdominis frei lagen, ohne dass ihre Scheide eröffnet war, stach C. mit starken Nadeln etwa 1 cm vom Innenrande des Rectus entfernt durch Scheide und Muskel ein, an der anderen Seite eben so aus und vereinigte durch 12 Seidennähte die Ränder der Diastase.

Die enorm fette Bauchhaut wurde durch 3 tiefgreifende Jodoformbäuschchennähte — Zapfennaht — und eine Reihe oberflächlicher Seidenhefte vereinigt, oben und unten je ein Drainrohr gelegt.

Reaktionsloser Verlauf, Narbe nirgends $^1/_2$ cm breit. Keine Beschwerden mehr.

2) Diastase der ganzen Linea alba nach einer Geburt, Bauchnaht, Fixation des Lig. hepatis rotundum; Heilung.

Schnitt mitten durch den Nabel, durch Bauchdecken und Peritoneum, letzteres gleich wieder so vereinigt, dass die Berührungsflächen wenigstens 1 cm breit waren. Von der Innenfläche der rechten Peritonealhälfte flottirt ein strohhalmdicker Strang dem tastenden Finger entgegen, das Lig. rotundum hepatis, bei dessen Einklemmung

die Pat. trotz tiefer Narkose sogleich Zeichen heftigsten Schmerzes gab. Der Strang wurde an das Peritoneum geheftet, und darauf Nabelöffnung und oberer Theil des Peritoneums geschlossen. Entfernung des überflüssigen Fettgewebes, Vereinigung der Recti sammt ihrer Scheide durch 8 weit und tief greifende Seidennähte. Oben und unten je ein bis zur Muskelnaht reichendes Drainrohr. Reaktionsloser Verlauf.

Als aber nach einigen Wochen wegen mangelhafter Retraktion der Bauchhaut rechts und links von der Linea alba zwei schlaffe Hautbeutel herabhingen, schnitt C. ein sehr breites Oval aus der Haut und dem Unterhautzellgewebe. Vereinigung der Wunde mit Seidenknopfnähten. Hierauf folgte Kolporrhaphie und Kolpoperineorrhaphie; Perinealnähte mit Silberdraht. Abermals reaktionsloser Verlauf und voller Erfolg der Operation.

Im Vergleiche zu Maydl's Methode legt also C. eine Nahtreihe weniger an, da er jedes Mal Scheide und Muskel zugleich durchsticht.

v. Buschman (Wien).

19) **A. Frömmel** (Wien). Spontaner Übergang einer Gesichtslage in Hinterhauptslage.

(Wiener med. Presse 1888. No. 7.)

Ausgehend von seinem eigenen Falle und zwei der einschlägigen Litteratur entnommenen Fällen von Hacker und Spiegelberg beschäftigt sich Verf. in dem vorliegenden Aufsatze mit der noch recht unklaren Ätiologie der Gesichtslagen.

Als prädisponirend für Gesichtslage findet Verf. von den verschiedenen Autoren folgende Momente angegeben:

1) Schlaffe Uteruswandungen bei Mehrgebärenden; 2) seitliche Deviation des Uterus; 3) ungleichförmige Ausdehnung des unteren Uterinsegmentes; 4) Beckenenge; 5) Vorfall des Armes neben dem Kopfe (hauptsächlich des rechten Armes); 6) große Fruchtwassermenge (Breisky, Ahlfeld); dagegen hält Winckel Verminderung der Amniosflüssigkeit für ein prädisponirendes Moment.

In seinem eigenen Falle erklärt sich der Verf. das Entstehen der Gesichtslage folgendermaßen: Bei hochstehendem und rechts deviirtem Uterus mit reichlicher Menge von Fruchtwasser trat labile Stellung des Kopfes und leichte Schieflage mit Ausweichen des Kopfes nach links ein; bei Einsatz kräftiger Wehen begegnete nun Scheitel und Hinterhaupt einem größeren Widerstande und stemmte sich gegen das linke Darmbein an, wodurch Inflexion des Kopfes mit Gesichtsstellung zu Stande kam. **v. Buschman** (Wien).

20) **Weinlechner und Dittel** (Wien). Zwei Fälle von Exstirpation der Niere wegen Pyonephrose.

(Wiener med. Presse 1888. No. 11.)

Die beiden Frauen, jede von ihrem Operateur in der Gesellschaft der Ärzte zu Wien vorgestellt, hatten vollständig glatten Heilungsverlauf gehabt. Besonderes bieten übrigens ihre Krankengeschichten nicht.

D. berichtet noch über einen Fall, in dem er die Diagnose auf Wanderniere stellte und der 24jährigen Frau die Entfernung derselben vorschlug, da sie unter jeder Bedingung von ihrem Leiden geheilt sein wollte.

Pat. starb am Operationstische in plötzlich eingetretener Synkope und die Obduktion ergab eine Wandermilz. Außerdem bestand Kysto-pyelo-nephritis der fast ganz zerstörten rechten und amyloide Degeneration der linken Niere.

v. Buschman (Wien).

21) **Hofmokl** (Wien). Zwei weitere Fälle von Darmresektion.

(Wiener med. Presse 1888. No. 10—12.)

1) 29jähriges Mädchen. Carcinom des aufsteigenden Dickdarms; Entfernung desselben durch Darmresektion. Vollständige Heilung nach 8 Wochen.

2) 48jährige Frau. Hernia umbilicalis incarcerata. Herniotomie; guter Heilverlauf der Wunde; wegen später sich einstellender Erscheinungen einer inneren

Incarceration Laparotomie mit consecutiver Darmresektion. Tod wenige Stunden post operationem unter Collapserscheinungen.

Bezüglich der Details der sehr ausführlichen Kranken- und Operationsgeschichten muss auf das Original verwiesen werden. **v. Buschman** (Wien).

22) **W. Latzko** (Wien). Ein Fall von beiderseitigem interligamentösen Psammocarcinom der Ovarien.

(Allg. Wiener med. Zeitung 1888. No. 12.)

Bei der 48jährigen, ziemlich herabgekommenen Frau wird die Diagnose Cystoma ovarii gemacht und zur Operation geschritten. Zufälliges Zerreißen des vorliegenden Geschwulstantheils, worauf sich der schmutzige Inhalt, der sehr viel Geschwulstmasse enthält, in das Abdomen ergießt. Nun lässt sich eine bilaterale interligamentöse Cyste diagnosticiren; welche zusammen mit dem sehr elongirten Uterus das Aussehen einer entarteten Hufeisenniere bietet.

Supravaginale Amputation des Uterus. Tod nach 8 Stunden.

Die Obduktion ergiebt die Diagnose: Cystocarcinoma ovarii utriusque psammosum, cum metastasibus medullaribus pleurae, hepatis et peritonei.

Der Ascites, ein diesen Geschwülsten eigenthümliches Symptom, fehlte im vorliegenden Falle gänzlich. **v. Buschman** (Wien).

23) **F. Skutsch** (Jena). Über Incisionen und Blutungen des Cervix uteri bei Geburten.

(Allg. Wiener med. Zeitung 1888. No. 1.)

Kurze Incisionen bei Rigidität des Muttermundes werden vielfach empfohlen; vor tiefen Incisionen wird wegen der damit verknüpften Gefahren, Infektion, Blutung, Weiterreißen der Incision etc. allgemein gewarnt. Diese Angst ist nach Verf. nur dann gerechtfertigt, wenn noch ein langer Cervicalkanal besteht. Für die Fälle aber, in welchen schnelle Beendigung der Geburt nothwendig erscheint und nur noch Enge des unteren Abschnittes des Cervix besteht, bedient sich Verf. der tiefen Incisionen nach folgender Methode:

Der Muttermund wird durch ein Rinnenspeculum freigelegt, hierauf mit der Schultze'schen Schere mehrfach incidirt, jede Incision etwa 2—3 cm lang. Die blutenden Wundflächen werden, ehe ein weiterer Schnitt angelegt wird, sogleich sorgfältig vernäht, bis die Blutung steht. An dem klaffenden Schnitte vereinigen allenthalben Knopfnähte die Cervixschleimhaut mit der Vaginalschleimhaut. Nach Beendigung der Geburt werden die provisorischen Nähte durch definitive ersetzt. Bei erheblicher Blutung empfiehlt Verf. eine kleine Incision in die Schleimhaut zu machen, und mit einer stumpfen Nadel die Umstechung auszuführen.

v. Buschman (Wien).

24) **Michailowsky.** Anomalie der Scheide.

(Med. Rundschau 1888. No. 1. [Russisch.])

25jähriges öffentliches Mädchen; sie hat nie geboren. An beiden Seitenwänden der Scheide findet sich je eine einen Centimeter hohe Falte. Das äußere Ende der in Windungen verlaufenden Falten reicht bis zum Scheideneingang, das innere setzt sich rechts an die vordere Muttermundslippe, links an das hintere Scheidengewölbe an. In der Mitte sind die Falten dicker.

Verf. hält diese Falten für ein nicht vollständiges Septum der Scheide; dass dieses unvollkommene Septum nicht wie gewöhnlich vertikal, sondern horizontal die Scheide theilt, liege an einer Lageveränderung der Müller'schen Kanäle, welche sich über einander gestellt hätten. **Reimann** (Kiew).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

// Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 40. Sonnabend, den 6. Oktober. 1888.

I. Bericht über die Verhandlungen der gynäkologischen Sektion der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Köln a/Rh., vom 17.—23. September 1888.

Von

Dr. **Zeiss** in Erfurt.

Sitzung am 18. September.

Vorsitzender: Herr Prof. Freund (Straßburg).

Schriftführer die Herren Apfel, Firnig, Kötschau, Schmidt.

Herr Meinert (Dresden): Über Perineoraphie nach Lawson Tait.

Vortr. glaubt zum Verständnis des auch durch Sänger's ausführliche Beschreibung noch nicht hinlänglich geklärten Verfahrens Einiges beitragen zu können. Er kennt vier nicht unerheblich von einander abweichende Methoden, nach welchen Tait zu verschiedenen Zeiten alte Dammrisse operirte. Die erste ist die von Zweifel wiedergegebene, die zweite sah Vortr. in Birmingham im Jahre 1885, die dritte findet sich in Tait's Lehrbuch (Diseases of women, Birmingham 1886) und die vierte brachte Heiberg mit herüber. Jeder dieser Methoden liegt derselbe Gedanke zu Grunde:

die alte Narbe zu trennen, die Wunde so aus einander zu ziehen, dass sie annähernd die Gestalt annimmt, die sie unmittelbar nach dem Einriss des Dammes hatte und nun zu vereinigen, was aneinander gehört. Die Nähte werden so gelegt, dass sie gleichzeitig einer fehlerhaften Retraktion der Wundflächen entgegenwirken. Vortr. erläutert die verschiedenen Methoden am Phantom. Die ursprüngliche, dem Narbenwulst folgende, bei inkompleten Rissen ∪-förmige, Schnittführung Tait's wandelte sich nach und nach in die von Heiberg-Sänger beschriebene └┘-förmige resp. (bei kompleten Rissen) ├─┤-förmige um. Tait hat den früher von ihm verwendeten Silberdraht neuerdings mit Fil de Florence vertauscht. Er führt niemals (wie Sänger angiebt) die gestielte Nadel unter der ganzen Wundfläche hinweg, sondern sticht vor der Mittellinie aus und am entsprechenden Punkte jenseits derselben wieder ein. Um ohne Gefahr einer Darmverletzung möglichst viel Gewebe fassen zu können, muss die Nadelspitze durch 1 oder 2 im Mastdarm liegende Finger kontrollirt werden. Bei des Vortr. erster Operation blieb, weil er die Nadel zu seicht unter der Wundoberfläche hinführte, die prima intentio aus, die er in den übrigen 23 Fällen (worunter 1 nach Heiberg-Sänger) erreichte. Tief in den dünnen Theil des Septums hineinreichende Risse eignen sich nicht für die neueste Modifikation (Heiberg-Sänger). Die Naht ist zu schwierig, bietet keine genügende Garantie für primäre Verklebung, da die umfassten Wundflächen zu ausgedehnt sind, und der neugebildete Damm würde abnorm tief in die Vagina hineinreichen. Vortr. sah sich genöthigt, in einem solchen Falle Tait's Dammnaht mit Knopfnähten zu kombiniren, welche an dem lamellösen Theil des Septums Vaginalschleimhaut mit Vaginalschleimhaut und Rectalschleimhaut mit Rectalschleimhaut vereinigten. Orig.-Ref.

Diskussion: Herr Frank (Köln). Operationen, welche auf Spaltung des Septum rectovaginale beruhen, sind in Köln nichts Neues. Diese Operationen habe ich schon im Jahre 1881 gemacht und operirte Fälle im ärztlichen Vereine vorgestellt.

Meistens habe ich das Septum gespalten bei Prolapsen und die ganze Vagina dann bis ins Scheidengewölbe vom Rectum losgelöst. Herr Dr. Firnig wird uns über diese Operationen einen Vortrag halten. Das Septum wurde gespalten, nicht um einen Lappen zu bilden, sondern um die Vagina mit ihrer ganzen Umgebung fest adhärent zu machen.

Was die Spaltung des Septum rectovaginale bei Dammrissen betrifft, so kann F. diesem sog. Lawson Tait'schen Verfahren keine große Bedeutung zusprechen. Bei unbedeutenden Dammrissen leistet sie gute Dienste. Man präparirt die nach dem Damm hingezogene Vaginalwand von der Unterlage ab und vereinigt hinter ihr die so entstandene Wunde. Dabei wird sich Niemand, der an diesen Theilen zu operiren gewöhnt ist, den Kopf darüber zerbrechen, ob er so oder anders die Nadel führen soll. Er wird die kleine Wunde eben so nähen, dass sie heilt.

Bei tiefen Dammrissen, die nach links oder rechts von der Columna weit in die Scheide hineinragen, wo das Septum rectovaginale von Narben durchsetzt ist, taugt die Lawson Tait'sche Operation gar nichts, weil der Lappen große Gefahr läuft, brandig zu werden, nicht weil er zu dünn gemacht worden ist, sondern weil er gerade am Scheideneingang oft nicht dicker gemacht werden kann. Hier sind die Operationen, welche von unseren deutschen Operateuren angegeben, und besonders die von Prof. Freund, bei Weitem vorzuziehen. Der Weg, auf welchem der Riss entstanden ist, muss zurückgegangen werden. Die Vagina muss durch Lospräpariren von der falschen Unterlage in die richtige Lage gebracht werden; nur krankes narbiges Gewebe muss excidirt werden und nur gesundes Gewebe, so wie es früher gelegen, vereinigt werden.

Herr Schmidt (Köln) hat 7mal operirt; er zieht es ebenfalls vor, mit gewöhnlichen, gekrümmten Nadeln zu nähen und zwar sticht er im Wundrand selbst ein und legt dann oberflächliche Zwischennähte. Hierdurch hat er in jedem Falle prima intentio erhalten.

Herr Meinert (Dresden). Schlusswort; resumirt nur in kurzen Umrissen die Resultate seiner Erfahrungen und empfiehlt die Operation aufs dringendste.

Herr Freund (Straßburg) kann nach Schluss der Debatte nicht umhin, noch

hinzuzufügen, dass ihm die Operation doch nur für einen Theil der Dammrisse zu genügen scheine. Gute Erfolge würden sich durch dieselbe nur bei Dammrissen ganz mäßigen Grades erreichen lassen, wo man mehr aus kosmetischen Rücksichten operire. Für Fälle, wo der Riss über den Introitus vaginae hinaufgehe, in die Hauptmuskelmassen der Scheide hinein, komme man sicherlich mit ihr allein nicht aus; sie verändere dann die natürliche Faltung der Scheide zu wesentlich; verenge das Lumen zwar, aber gebe seinem Querschnitt eine völlig andere Gestalt, wesshalb Wiedereinreißen bei späteren Geburten ihm fast unvermeidlich scheine. Das einzig Rationelle für größere Dammdefekte sei, nach der bekannten, nach ihm benannten Methode anzufrischen und zu vereinigen.

Herr Meinert (Dresden): Eine sichere Katgutnaht für die Emmetsche Operation der Cervixrisse.

An Stelle des von den Operateuren gewöhnlich verwendeten Nahtmaterials (Silberdraht, Seide) bedient sich Vortr. des Katguts. Er legt zunächst sämmtliche Nähte, wie sie von Emmet vorgeschrieben sind, sichert aber des Weiteren die Vereinigung der angefrischten Lippen durch eine jederseits angebrachte Plattennaht. Der jedes Plattenpaar verbindende, von vorn nach hinten durch die ganze Dicke der Portio geführte Katgutfaden wird, wo er aus der centralen Durchbohrung der Bleiplatte (von ca. 1 cm Durchmesser) austritt, durch eine aufgequetschte durchbohrte Bleiperle gesichert. Der Vortheil einer resorbirbaren Naht gerade für Cervixrisse mit ihrer Tendenz zu parametranen Entzündungen liegt auf der Hand, vorzüglich da, wo, wie in indicirtesten Fällen so häufig, der Emmet'schen Operation eine Kolpoperineoraphie angeschlossen werden muss. Die Plattennaht bietet gleichzeitig einen wirksamen Schutz gegen Nachblutungen und bewährt sich auch in den nicht seltenen Fällen von Längsfissur des Cervicalkanals, in denen wohl eine Anfrischung, nicht aber (wenigstens nicht ohne vorausgeschickte Discision) die Anbringung einer Knopfnaht ausführbar ist. Die Platten dürfen durchaus nicht fest angezogen werden, weil sie sich sonst in die ödematös schwellenden Decken des Cervix eingraben und künstliche Entfernung erheischen. Vortr. hat 25mal nach seiner Methode genäht und eben so oft die prima reunio erreicht, darunter in den 2 letzten Fällen, bei denen er, behufs Abkürzung der Operationsdauer auf die typische Fadenführung nach Emmet verzichtend, nur einige Situationsnähte an den äußeren Wundrändern legte und sich im Übrigen auf die adaptirende Kraft der Platten verließ. Orig.-Ref.

Herr Krukenberg (Bonn): Über die Durchlässigkeit der Eihäute.

Neuerdings hat Dührssen behauptet, dass beim Menschen die Eihäute überhaupt nicht durchlässig seien und dass bei den Thieren die Durchlässigkeit der Eihäute nur aus Experimenten, bei welchen der Fötus vorher getödtet war, sich folgern lasse. K. weist nach, dass die Einwände gegen die Thierexperimente bei lebendem Fötus nicht haltbar sind und hält desshalb auch an der Behauptung fest, welche nur durch die Experimente bei lebendem Fötus bisher begründet worden ist, dass nämlich die Durchlässigkeit der Eihäute bei den verschiedenen Thieren sehr verschieden ist und sich meist erst gegen Ende der Tragzeit einstellt. Für den Menschen hat Dührssen die Durchlässigkeit der Eihäute bestritten, weil sich im Fruchtwasser niemals Benzoesäure wiederfand. K. giebt nur zu, dass sie, schwer nachweisbar, nicht in nachweisbarer Menge transsudirt sei. Der Benzoesäuregehalt des Fruchtwassers kann trotzdem noch eben so groß sein, wie der des mütterlichen Blutes $1^1/_2$ Stunde nach Verabreichung der Benzoesäure; auch in ihm ist alsdann Benzoesäure nicht mehr nachweisbar, obgleich ihre Ausscheidung durch den Urin bis zu 20 Stunden dauert. (Der Vortrag erscheint ausführlich im Archiv für Gynäkologie.) Orig.-Ref.

(Fortsetzung folgt.)

II. Operation einer Extra-uterin-Schwangerschaft. Todte Frucht mit Entfernung des ganzen Sackes. Genesung.

Von

Dr. S. Zajaitsky,

Privatdocent der Gynäkologie an der Universität zu Moskau.

Operative Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft mit Ausgang in Genesung giebt es nicht viele, mein Fall ist der fünfte in Russland und desshalb verdient er einer speciellen Besprechung:

Am 12. November 1887 schickte mir Dr. Lindenbaum aus Jaroslaw, eine Kranke mit folgendem Briefe: »Kranke hat, meiner Ansicht nach, eine Extra-uterin-Schwangerschaft, todte Frucht, drei Wochen fieberhafter Zustand, Temperatur steigt bis 40°, sehr entkräftet, Operation muss sofort gemacht werden, desshalb schicke ich sie Ihnen.« Die Kranke wurde sofort in meine Abtheilung des Galitzischen Krankenhauses aufgenommen und untersucht.

Anbei Beschreibung der Krankheitsgeschichte No. 2146 nach dem Empfangsbuche des Jahres 1887.

Die Bäuerin Nastasia Anschukowa, 33 Jahre alt, Fabriksarbeiterin aus Jaroslaw, trat ins Galitzische Krankenhaus am 12. November 1887 ein, klagte über Schmerzen im Unterleibe, besonders in der rechten Seite und über dreiwöchentlichen fieberhaften Zustand.

Anamnesis. Seit 10 Jahren verheirathet, keinmal geboren oder abortirt, an keiner Krankheit gelitten. Menses traten im 15. Lebensjahre ein, schmerzlos, abundant, dauerten von Anfang an je drei Tage und kehrten in vierwöchentlichen Zwischenräumen wieder, so dauerte es bis zum Mai des Jahres 1887. Im Mai waren die Blutungen unbedeutend, dauerten zwei Tage. Während dieser Zeit bemerkte die Kranke eine Anschwellung der Brüste, es zeigte sich Milch, zeitweiliges Erbrechen; die Kranke betrachtete sich als schwanger. Ende Juni zeigte sich eine starke Blutung der Gebärmutter, welche mindestens 6 Tage dauerte; die Kranke nahm darauf hin einen Abort an. Zu gleicher Zeit mit der Blutung entstanden Schmerzen im Unterleibe rechterseits. Es wurde an dieser Stelle auch eine Geschwulst bemerkt, von der Größe eines Hühnereies. Die Schmerzen im Unterleibe und die Geschwulst vergrößerten sich allmählich, dessenungeachtet blieb die Pat. die ganze Zeit auf Füßen und beschäftigte sich mit Fabrikarbeiten. Die letzten 3 Wochen stellte sich bei ihr fieberhafter Zustand ein: Frösteln, Hitze und Schweiß, Appetitlosigkeit und Verstopfung im Verlaufe einer ganzen Woche, so dass die Kranke diese ganze Zeit das Bett hüten musste. Die Schmerzen im Unterleibe verstärkten sich sehr. In letzter Zeit stieg die Temperatur bis 40°.

Status praesens: Kranke schwach gebaut, sehr blutarm und abgemagert. Seitens der Brustorgane Alles in Ordnung. Appetit schlecht, Zunge leicht belegt. Urinlassen und Stuhlgang normal. Brüste schlaff, Pigmentation rings um die Brustwarzen und Montgomeri'schen Körper ungemein deutlich ausgesprochen. Linea alba ebenfalls deutlich pigmentirt. Milch lässt sich nicht aus den Warzen auspressen. Schwangerschaftsnarben sind auf dem Bauche nicht zu bemerken. Bei der Untersuchung des Bauches zeigt sich eine Geschwulst, welche die rechte Seite der Regio iliaca einnimmt und nach der linken Seite drei Finger breit über die Linea alba ausläuft. Die Geschwulst kommt scheinbar aus der Höhle des kleinen Beckens und erreicht oben den Nabel. Beim Untersuchen ist der Bauch schmerzlos auf der ganzen Fläche; außer der Geschwulst. Die Geschwulst ist sehr schmerzhaft bei der Untersuchung auf der ganzen Fläche, sie fluktuirt und ist wenig beweglich. Bauchmaß: rings um den Nabel = 70 cm; das größere Maß 75 cm. Die Länge von Symph. bis zum Nabel = 18 cm, von Symph. bis zum oberen Punkte der Geschwulst = 19 cm von der Spina ant. sup. sin. bis zum Nabel = 14 cm. Dasselbe Maß rechts = 17 cm. Beckenmaße: Dist. spin. 23; crist. 25; trochant. 29; Conjugata ext. 18 cm. Scheideneingang leicht lila gefärbt. Mutterhals erweicht, äußerer Muttermund von sammetartiger Konsistenz. Gebärmutter lateroponirt nach links, etwas retroflektirt und

verkleinert. Ihre Höhle nach dem Sondiren $2^1/_2$. Im vorderen Scheidengewölbe fühlt man eine Geschwulst, einem Kindeskopf ähnlich und eben so kleine Theile, an eine Hand erinnernd. Untersuchung durch Rectum et Vagina zeigt, dass der Tumor keine unmittelbare Verbindung mit der Gebärmutter hat. Bewegung der Frucht hat die Kranke niemals bemerkt. Herztöne nicht hörbar. Temperatur, des Morgens am Tage des Eintritts in Hospital 39° C.

Nach der Anamnese u. St. pr. wurde die Diagnose einer Extra-uterin-Schwangerschaft der rechten Seite gestellt; mit todter Frucht und Eiterung des Sackes. Indicatio-vitalis: unverschiebbare Operation. Einen Tag musste man warten, um die Kranke nach der Reise ausruhen zu lassen und sie zur Laparotomie vorzubereiten, wie es gewöhnlich der Fall ist. Am Abend vor der Operation war die Temperatur 39,5, morgens am Tage derselben, 14. November, 38,9.

Unter der Narkose wurde die Laparotomie gemacht. Bauchschnitt in der Linea alba, obere Grenze des Schnittes am Nabel, untere 4 Querfinger über der Symphysis. Beim Öffnen der Bauchhöhle zeigte sich eine Geschwulst, wie eine interligamentäre, rechtsseitige Cyste. Auf dem oberen Theile der Geschwulst verlief eine verlängerte doch nicht verdickte Tube. Die Geschwulst befindet sich zwischen den beiden Platten des Ligamentum latum.

Nach der Absonderung der Ligaturen der Adhäsionen mit dem Omentum habe ich keine Verbindung mit der Gebärmutter konstatirt, und habe die Möglichkeit des Uterus bicornis ausgeschlossen. Dann wurde die Geschwulst, welche zwischen den beiden Platten des Ligamentum latum eingeschlossen war mit dem Messer punktirt und etwa ein Glas braunen Eiters herausgelassen; die Ränder des Schnittes mit den Pincetten von Billroth ergriffen, zogen sich während der Entleerung des Sackes heran und drückten sich fest an die Bauchwunde, so dass die eitrige Flüssigkeit in die Bauchhöhle nicht eindringen konnte. Darauf wurde der Schnitt erweitert und man erblickte einen kleinfingerdicken Sack, fest anliegend zu den hypertrophirten Platten des Ligamentum latum; vorn und oben zeigte sich im Sack eine zerstörte Placenta, ein Theil derselben wurde ohne Blutung entfernt, um bequemer in den Sack zu gelangen. Dann wurde die macerirte dunkle und runzelige Frucht extrahirt; nach der Absonderung der Frucht und nach dem Anlegen der Ligaturen an die A. spermatica interna in der Nähe der Gebärmutter und an der Außenseite der Geschwulst, wurde das Ligamentum latum vorn und hinten durchschnitten, und aus den unteren Resten desselben der Sack mit der in ihm enthaltenen Placenta ohne Schwierigkeit stumpf ausgeschält. Die Ränder des Ligamentum latum wurden mit Katgut umnäht und mit Jodoform bestreut. Drainageröhren nicht eingeführt. Bauchdeckenwunde zugenäht. Lister's Verband angelegt mit Jodoformgaze. Die Operation dauerte eine Stunde. Kein Blutverlust. Bei der Untersuchung der Frucht und des Sackes zeigte sich Folgendes: entfernte Frucht — 6monatlich, macerirt und runzelig, der Kopf abgeplattet im queren Diameter; rechte Seite des Schädels und Gesichtes im hohen Grade atrophirt, Cirkumferenz des Kopfes im Vertikaldurchmesser 23 cm, vertikaler Diameter des Kopfes 10 cm. Die Länge der Frucht 28 cm, Länge der Nabelschnur 24 cm. Die Extremitäten und Nägel gut entwickelt. Gewicht der Frucht 300 g. Die rechte Tuba Fallopii verlängert und hat in ihrer Mitte einen Defekt der unteren Wand, von etwa 2 cm Durchmesser. Die Tuba Fallopia geht über den oberen vorderen Theil des Sackes. Gewicht des Sackes mit Placenta 630 g. Der Sack dickwandig, ist in seinem oberen Theile zwischen den beiden Platten des Ligamentum latum eingeschlossen, lässt sich mit dem Finger leicht ausschälen. Die Platten des Ligamentum latum hypertrophirt. Der untere früher ausgeschälte Theil des Sackes, ist im Präparate mit den Platten des Ligamentum latum nicht bedeckt.

Am Abend nach der Operation war die Temperatur noch etwa 39°; doch am 2. Tage wurde sie normal und so blieb sie die ganze Zeit. Im Allgemeinen nahmen die Kräfte rasch zu. Die Gebärmutter nahm eine richtigere Lage ein, die Reste des Ligamentum latum involvirten sich und 3 Wochen nach der Operation ergab die Untersuchung vollständig normale Geschlechtsorgane.

Am 8. December wurde die Kranke und das Präparat in einer Sitzung der

Moskauer Gynäkologischen Gesellschaft demonstrirt. Am 10. reiste die Kranke nach Jaroslaw ab.

Ich habe in diesem Falle weder die Vorbereitungen zur Operation noch die Pflege nach derselben beschrieben, da sie dieselben sind wie bei der Ovariotomie. Als Desinficiens zur Watte und für die Hände gebrauchten wir $^1/_{20}$%iges Sublimat-Jodoformpulver und für die Instrumente 3%ige Karbollösung.

Auf Grund der Anamnese, Status pr. nach der Operation, Entfernung der Frucht mit Placenta, Sack und den sie umgebenden Platten des Ligamentum latum und der Tube auf der oberen Seite des Sackes mit dem Defekt in der Mitte der unteren Tubenwand: erscheint mir folgende Erklärung als rationellste. Im Mai wurde die Pat. schwanger, Tubenschwangerschaft rechts in der Mitte der Tube. Nach $1^1/_2$ Monaten vom Anfang der Schwangerschaft, Ende Juni — Ruptur der Tube, der unteren Wand, Austritt der Frucht in das interligamentäre Bindegewebe, entsprechend der Ruptur starke Gebärmutterblutung, Schmerzen im Bauche und darauf die von der Kranken bemerkte Geschwulst in der rechten Schenkelgegend. Während dieser Zeit war die Tube hypertrophirt, erweitert und die starke Blutung aus der Gebärmutter leicht erklärlich. Später entwickelte sich die Schwangerschaft weiter, zwischen den Platten des Ligamentum latum. Die Tube fing an zu atrophiren und die Platten des Ligamentum latum hypertrophirten bis zum 6. Monate der Schwangerschaft. Nachher fand der Tod der Frucht statt, die fortschreitende Entwicklung der Frucht konnte behindert werden, z. B. durch die Platten des Ligamentum latum, welche den Sack fest eingeschlossen hatten und weiter nicht ausdehnbar waren. Ihre Ruptur war Dank der Festigkeit und Dicke unmöglich. Nach dem Tode der Frucht begann die Atrophie, wie ihrer selbst, so auch aller umgebenden Gewebe und die Verkleinerung der Geschwulst; bald nach dem Tode entwickelte sich auch die Eiterung im Sack und es zeigte sich hohes Fieber. Von wo Sepsis in den Sack gedrungen ist, lässt sich in meinem Falle nicht genau bestimmen. Die Eiterung im Sack war die Anzeige zu einer sofortigen Operation.

Das ist die Erklärung des Falles. Sie befriedigt mich nicht so recht, wegen eines Umstandes: den rechten Eierstock fanden wir nicht während der Operation, sei es, weil er, wie es gewöhnlich der Fall ist, verdünnt war oder weil er in eine dünne Platte verwandelt war und wir ihn nicht bemerkten, oder vielleicht war dies eine Eierstockschwangerschaft, die sich als interligamentäre weiter entwickelte. In der Litteratur existirt der Hinweis auf Fälle von Tubenruptur und fernere Entwicklung der Tubenschwangerschaft zwischen den Platten des Ligamentum latum (Schröder), doch giebt es keine Berichte über interligamentäre Entwicklung der Eierstockschwangerschaft, welche indess a priori schon möglich wäre. Ferner giebt es bei Eierstockschwangerschaft Hypertrophie der Tube und des Conus an Stelle der Ruptur, welche auf dem Präparate fehlte. Trotzdem ist die erste Erklärung wahrscheinlicher meiner Meinung nach. Wie anders z. B. lässt sich die starke Blutung der Gebärmutter im Juni mit Schmerzen im Bauche erklären? als durch die Ruptur der Tube. Nach der Untersuchung der Frucht, ihrer Entwicklung, kann man mit Bestimmtheit sagen, dass die Pat. im Monat Mai schwanger wurde. Ob die Hypertrophie der Tube und des Conus derselben unmöglich wäre, in einem Falle wo die Schwangerschaft sich im Verlaufe von 4 Monaten außer der Tube entwickelt hätte und nach dem Tode der Frucht 3 Wochen vergangen wären, in deren Verlauf die Tube sich vollständig involviren konnte. Die Gebärmutter, wie es oben angezeigt war, war sogar superinvolvirt.

Jedenfalls hatten wir es in diesem Falle mit einer interligamentär entwickelten Schwangerschaft zu thun, und es kann nur nicht bestimmt die Stelle angegeben werden, wo anfänglich die Schwangerschaft entstanden. Es fragt sich nun: welche Operationsmethode ist in diesen Fällen der Extra-uterin-Schwangerschaft vorzuziehen, wo wie in meinem Falle diese Operation indicirt ist?

Ich glaube, dass jeder Geburtshelfer diese Frage entscheiden sollte nach der Öffnung der Bauchhöhle. In meinem Falle zum Beispiel zeigte sich unseren Augen sofort das uns bekannte Bild einer interligamentären Cyste und der Plan der Operation wurde ausgeführt, eben so wie bei den interligamentären Cysten

mit Entfernung des ganzen Sackes. In anderen Fällen wird es vielleicht nicht gelingen den Sack zu entfernen, vielleicht werden wir einen Theil desselben zurücklassen müssen. Drainage und desinficirende Einspritzungen durch die Drainage. Hierbei lenke ich die Aufmerksamkeit darauf, dass mit Ausnahme einer Kranken, alle anderen, wie auch die in diesem so eben beschriebenen Falle, einige Jahre verheirathet waren und dabei nie geboren hatten, sie hatten entweder konischen Uterushals oder angeborene Uterusflexion.

---

1) **C. Reinl** (Franzensbad). Untersuchungen über die Heilwirkung von Mineralwasserkuren bei anämischen Zuständen.

(Prager Zeitschrift für Heilkunde Bd. IX. Hft. 2 und 3.)

Auf Grund genauer Blutuntersuchungen bei einer größeren Reihe von Pat. mit Chlorose, sekundärer Anämie, so wie sog. Pseudoanämie (anämisches Aussehen bei normaler Blutbeschaffenheit) gelangt R. zu dem Schlusse:

1) Dass bei systematischem Gebrauche eines Eisenarsenwassers, wie Levico, und dem Gebrauche der schwächeren und stärkeren Stahlwässer Franzensbads, der Hämoglobingehalt (Bestimmung mittels des v. Fleischl'schen Hämometers) und die Blutkörperchenzahl im Blute Chlorotischer und Anämischer eine wesentliche Steigerung erfährt.

2) Dieser günstige Einfluss auf die Blutbildung erfolgt am langsamsten bei Personen, die während der Mineralwasserkur unter gleichbleibenden Ernährungs- und Existenzbedingungen stehen.

3) Rascher entfaltet sich die Wirkung des Eisens bei gleichzeitiger Hospitalspflege, oder Aufenthalt in einem Stahlbade wie Franzensbad.

4) Hautreizende Bäder (Moor- und kohlensäurereiche Stahlbäder) bei gleichzeitigem Stahlwassergebrauche scheinen einen nicht unwesentlichen Einfluss auf die Raschheit des Kurerfolges zu haben.

5) Durch den Gebrauch obengenannter Bäder können Chlorotische bei gleichzeitigem Aufenthalte in einem Kurorte auch ohne Eisenmedikation eine Steigerung im Hämoglobingehalte erfahren. Durch zahlreiche Krankengeschichten in Tabellenform werden diese Befunde im Einzelnen erläutert. **Piering** (Prag).

---

2) **Credé** (Leipzig). Die Behandlung der Nachgeburt bei regelmäßigen Geburten.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 1.)

C. tritt für sein bekanntes Verfahren bei der Behandlung der Nachgeburt ein, veranlasst durch die verschiedenen Angriffe, welche dieses Verfahren in der letzten Zeit erlitten hat. Auf seine ersten Publikationen Bezug nehmend betont C., dass der Haupt- und Grundgedanke seines Verfahrens der war, an die Stelle des bisherigen inneren Verfahrens ein methodisch handelndes äußeres Verfahren zu setzen. Desshalb will er sein Verfahren kurzweg »das äußere Verfahren« genannt wissen.

C. widerlegt Punkt für Punkt die seinem Verfahren gemachten Vorwürfe. Was den Zeitpunkt betrifft, will C., dass sein Verfahren möglichst früh ausgeführt wird, das heißt wenn gehörige Nachgeburtswehen sich eingestellt haben. Gerade in dem Zeitersparnisse erblickt C. einen wesentlichen Vorzug seines Verfahrens. Für den Geübten — und selbstredend unter sonst normalen Verhältnissen — wird die Entfernung der Nachgeburt schon bei der 3. oder 4. Nachgeburtswehe gelingen; der Anfänger mag etwas länger warten. In erster Linie verlangt C. die richtige Ausführung seines Verfahrens, wie er dies wiederholt geschildert hat und warnt dringlichst gegen rohe und gewaltsame Handgriffe.

Zum Schluss stellt C. folgende Hauptsätze für den heutigen Stand der Nachgeburtsbehandlung auf:

1) Der Grundgedanke des sogenannten C.'schen Verfahrens, d. h. des äußeren Verfahrens, bei der Behandlung der Nachgeburt ist als naturgemäß, folgerichtig gedacht und durch die Erfahrung erprobt, allgemein in die Geburtshilfe eingeführt worden und hat keine Angriffe erfahren.

2) Die gegen einzelne nebensächliche und untergeordnete Theile des äußeren Verfahrens erhobenen Einwendungen haben sich theils als unbegründet, theils als gegenstandslos erwiesen.

3) Die zum Ersatz für die bemängelten nebensächlichen Einzelheiten des inneren Verfahrens empfohlenen und als neu verkündeten Verfahren sind zum Theil in dem C.'schen äußeren Verfahren schon mit enthalten, also nicht neu; so weit sie aber neu sind, nicht empfehlenswerth.

4) Das C.'sche äußere Verfahren besteht sowohl in seinem Grundgedanken, als in den einzelnen mehr nebensächlichen Theilen, also in seinem vollen Umfange unverändert fort und hat durch die Angriffe keinerlei Einbuße erlitten.

5) Es liegt keine Veranlassung vor, irgend einen der bisher gemachten Abänderungsvorschläge anzunehmen. **W. Nagel** (Berlin).

---

3) **Th. Wyder** (Berlin, jetzt Zürich). Perforation, künstliche Frühgeburt und Sectio caesarea in ihrer Stellung zur Therapie beim engen Becken.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 1.)

An der Hand des Materials der Gusserow'schen Klinik und Poliklinik in Berlin legt W. seinen Standpunkt in der obengenannten Frage dar.

In erster Linie hält W. den Ausspruch Credé's, dass die Zeit gekommen, wo die Kraniotomie lebender Kinder durch den Kaiserschnitt ersetzt werden müsse, für verfrüht, wenn er auch nicht in Abrede stellen will, dass unter gegebenen günstigen Bedingungen dieser Moment in nicht allzu ferner Zeit zu erwarten steht.

W. giebt zunächst eine Übersicht über 168 Fälle von Kraniotomie,

die in der oben erwähnten Anstalt zur Ausführung kamen und welche viele sehr interessante Einzelheiten darbieten. Aus den Tabellen geht hervor, dass unter den 168 Fällen im Ganzen 24 Mütter starben = 14,3 %. Jedoch müssen hiervon 11 Fälle abgezogen werden, wo der unglückliche Ausgang bedingt war durch falsche Diagnosen, unrichtige Indikationsstellung und Infektion von Seiten fremder Ärzte oder Hebammen. Die übrig bleibenden 157 Perforationen lieferten 13 Todesfälle oder einen Mortalitätsprocentsatz von 8,3 % (gegenüber 8 % aus der Leipziger Klinik).

Die Poliklinik betheiligt sich an den Perforationen mit einer Mortalität von 5,8 % (Halle: 5,7 %; Leipzig 5,3 %). 64mal sind lebende Kinder perforirt worden gleich mit 38 % (in der Leipziger Klinik 64 %, in der Hallenser Klinik 25 %.)

Von 119 Perforationen bei engem Becken nahmen 10 einen tödlichen Ausgang = 8,4 %.

Unter 25 Perforationen bei engem Becken 3. und höheren Grades trat kein Todesfall ein. W. hebt diesen Umstand ganz besonders hervor, weil gerade bei Beckenenge 3. und höheren Grades die Sectio caesarea in Anwendung kommen soll.

10mal ist die künstliche Frühgeburt bei engem Becken ausgeführt worden und zwar mit einem Todesfall (akuteste Sepsis zur Zeit einer kleinen Anstaltsepidemie). W. will, dass man mit der Infektion als einer gegebenen und trotz aller Vorsicht nicht völlig eliminirbaren Größe rechnen muss. Ohne diese wird aber die künstliche Frühgeburt gerade wie die Kraniotomie und die Sectio caesarea ein nahezu harmloser Eingriff. Unter 225 Fällen von künstlicher Frühgeburt, welche aus verschiedenen Anstalten stammen, fand W. eine Sterblichkeit der Mütter gleich 5,3 %, eine Sterblichkeit der Kinder gleich 45,3 %.

Was die Methoden der Einleitung der künstlichen Frühgeburt betrifft, so liefert der Eihautstich ungünstigere Resultate für die Kinder als die anderen Methoden von Tarnier, Cohn und Krause.

Zum Einleiten des künstlichen Abortus, welches in der Gusserow'schen Klinik nur einmal geschah, empfiehlt W. Dilatation des Cervix mit Jodoformgaze und nachfolgende Ausräumung mit Finger oder Curette.

Auf die Tabellen Sänger's (deren Zusammenrechnung er einer Korrektur unterwirft) hinweisend, führt W. an, dass die Kaiserschnittssterblichkeit beim engen Becken 2,13mal so groß ist wie diejenige der Kraniotomie und 3,37mal größer als bei der künstlichen Frühgeburt. Für den Kaiserschnitt bei relativer Indikation speciell ist die Mortalität 7,1mal so hoch als die bei den letztgenannten Operationen, vorgenommen bei Beckenenge 3. Grades.

Mit vollem Recht hebt W. hervor, dass der Kaiserschnitt vorläufig eine »klinische Operation« bleiben wird, indem der praktische Arzt fast niemals die geforderten Vorbedingungen erfüllt sehen wird, wenn er zu einer Geburt hinzugerufen worden ist, wo überhaupt der

Kaiserschnitt in Erwägung gezogen werden kann. »Im Leben verdient neben dem rein wissenschaftlichen Standpunkt, der zur Zeit nicht einmal für den Kaiserschnitt mit einer Mortalität spricht, auch der humanen und socialen Berücksichtigung.«

W. fasst seine Stellung zum Kaiserschnitt im folgenden Satze zusammen, welcher gewiss bei sehr vielen Geburtshelfern einen Widerhall finden wird: dass wir das kindliche Leben so lange als möglich schützen müssen, dass wir aber auf dasselbe keine Rücksicht mehr zu nehmen brauchen, wenn die Mutter in Gefahr ist, und dass wir dann diejenige Operation vorzunehmen haben, welche für die Mutter die besten Chancen bietet. Und die besten Chancen bietet immer noch die Perforation des lebenden Kindes. Erst wenn beide Operationen, Kaiserschnitt und Perforation, gleich günstige Mortalität bieten, tritt der Kaiserschnitt in den Vordergrund. Aber auch dann wird der Kaiserschnitt ein Verfahren sein müssen, das ausschließlich guten Anstalten und wohlgeübter Hand zu reserviren ist: in der Privatpraxis wird nach wie vor die Kraniotomie eine große Rolle spielen.

W. Nagel (Berlin).

Kasuistik.

4) **Byrne.** Pessar für Prolapsus uteri.

(Illustr. Monatsschrift der ärztl. Polytechnik 1888. No. 1.)

Das Instrument stellt ein Smith'sches Pessar dar, welchem seitliche, bügelförmige Streben beigegeben sind, zur besseren Retention bei bedeutender Erschlaffung der Vaginalschleimhaut. **Menzel** (Görlitz).

5) **Donaldson.** Intra-uterin-Pessar.

(Illustr. Monatsschrift für ärztl. Polytechnik 1888. No. 1.)

In schwierigen, hauptsächlich virginellen Verhältnissen, in welchen sich der retroflektirte Uterus durch ein Vaginalpessar nach Reposition schwer in der normalen Lage erhalten lässt, wendet D. einen mit seitlichem Kanal zur Drainage der Uterushöhle versehenen Intra-uterin-Stift an, welcher, wie bekannt eingeführt und durch ein gewöhnliches Vaginalpessar, welches an einer schmalen Seite offen, mit 2 Stiften versehen ist und durch diese Stifte mit dem Intra-uterin-Stifte artikulirt, sammt dem reponirten Uterus in der normalen Lage fixirt wird. **Menzel** (Görlitz).

6) **Butler Smythe.** Neues Vaginalspeculum.

(Illustr. Monatsschrift der ärztl. Polytechnik 1888. No. 2.)

Zwei leicht konkave, ungleich große Blätter sind durch ein Scharniergelenk verbunden. Beim Gebrauch dient das eine Blatt als Spiegel, das andere als Handgriff. Zusammengelegt ist das Instrument leicht transportabel.

Menzel (Görlitz).

7) **Jones.** Ein neues selbsthaltendes Speculum und Retraktor.

(Illustr. Monatsschrift für ärztl. Polytechnik 1888. No. 1.)

Das Speculum ist im Gegensatz zu den bisher gebräuchlichen spitzwinklig abgebogen mit etwas verlängerter Blattferse, welche durch ein einfaches Scharniergelenk mit dem Griff beweglich verbunden ist; eine Schraube fixirt in diesem Gelenk die jedes Mal erwünschte Stellung des Blattes zum Griff; an letzteren wird je nach der Elasticität der Weichtheile ein Gewicht von 1—5 Pfund angehängt.

Menzel (Görlitz).

8) **Kabierske** (Breslau). Skarifikationsmesser.

(Illustr. Monatsschrift der ärztl. Polytechnik 1888. No. 1.)

Um schnell eine größere Anzahl gleich tiefer Skarifikationsschnitte anzulegen, dienen eine oder zwei Messerklingen, welche in einem Griff gleitend leicht in jeder beliebigen Stellung zu fixiren sind.

Preis des Instrumentes (Nickelin) mit einer Klinge 1,75, mit 2 Klingen 3 Mark.

Menzel (Görlitz).

9) **Lomer.** Eine modificirte Intra-uterin-Spritze.

(Illustr. Monatsschrift für ärztl. Polytechnik 1888. No. 1.)

Um der oft nicht ausreichenden Länge und der fehlenden Handhabe, so wie hauptsächlich dem Eintrocknen des Stempels der bisher üblichen Intra-uterin-Spritzen abzuhelfen, hat L. eine Hartgummispritze, welche er bereits $1^1/_2$ Jahre angewendet hat, angegeben, welche die Länge, Gestalt, Handhabe und das ungefähre Kaliber einer Uterussonde hat und daher wie eine solche ohne Speculumapplikation und ohne Herunterziehen des Uterus bequem applicirt werden kann und an welche, als Ansatzrohr, eine jede Pravaz'sche Spritze passt, so dass beim Eintrocknen des Kolbens man sich mit jeder beliebigen Pravaz'schen Spritze helfen kann.

Das sondenförmige Hartgummiansatzrohr enthält genau einen Kubikcentimeter Flüssigkeit; die Füllung geschieht so, dass man isolirt die Spritze (ebenfalls 1 ccm Inhalt) füllt, dieselbe in das Ansatzrohr auspresst und durch wiederholtes Ansaugen Spritze und Ansatzrohr füllt. Auf diese Weise verfügt man über 2 ccm Injektionsflüssigkeit, von denen man den einen durch Ausdrücken der Spritze herausgelangen, den zweiten einfach dadurch, dass man die Spritze vom Ansatzrohr lockert und somit die Flüssigkeit aus letzterem durch ihre eigene Schwere herausfließen lässt.

Der Apparat ist bei Instrumentenmacher Dobberitz, Hamburg, große Bleichen 16, zu haben. **Menzel** (Görlitz).

10) **Lomer.** Ein modificirtes Chloroformflakon.

(Illustr. Monatsschrift für ärztl. Polytechnik 1888. No. 1.)

Die gewöhnliche platte Chloroformflasche mit vernickeltem, abschraubbarem Verschluss, an welchem das Ausfließen des Chloroforms durch einen Hahn regulirt werden kann, macht es möglich, den Apparat ohne Etui in der Tasche zu tragen, ein Aufgehen in derselben auszuschließen und das Eintrocknen der gewöhnlichen Korke zu vermeiden. Außerdem lässt sich der Apparat auch durch Ansatz eines Gebläses als geeigneter Sprayapparat verwerthen.

Beziehbar vom Instrumentenmacher Dobberitz, Hamburg, Bleichen 16.

Menzel (Görlitz).

11) **Miller** (San-Francisko). Ein neues Instrument für die Reposition des introvertirten oder retroflektirten Uterus.

(Illustr. Monatsschrift für ärztl. Polytechnik 1888. No. 1.)

Es handelt sich hier um 3 verschieden lange Uterinsonden oder besser gerade Intra-uterin-Stifte von 2, $2^1/_2$ und 3 Zoll Länge, welche an ein und denselben Fingerhut angeschraubt werden können. Nachdem die Sonde in den Uterus mit oder ohne Hilfe von Speculis eingeführt ist, wird der Finger in den Fingerhut gesteckt und auf diese Weise die Reposition des Uterus vorsichtig und gradweise bewerkstelligt.

Worin hierbei der Vorzug vor allen bisherigen Repositionsmethoden liegen soll, ist Ref. unverständlich. **Menzel** (Görlitz).

12) **Reverdin.** Epitheliom der Mamma.

(Rev. méd. de la Suisse rom. 1887. November und December. No. 11 u. 12.)

Eine 40jährige Frau wurde wegen einer Neubildung der Brust und Achseldrüsen operirt. Diese Neubildung bezeichnet R. nicht als Carcinom, sondern, was

durch eine genaue Beschreibung der Eigenthümlichkeit des Wachsthums etc. begründet wird, »Epitheliom«. Nach 3 Jahren stirbt Pat. an einer Pleuritis, die R. im Zusammenhang mit jener Neubildung zu stehen scheint obgleich kein Recidiv in der Narbe zu sehen ist. Sektion fehlt. **Glitsch** (Königsfeld).

13) **Secretan.** Ein Fall von Lympherguss des Peritoneum.

(Rev. méd. de la Suisse rom. 1887. November und December. No. 11 u. 12.)

Die 58jährige Pat. kam unter den Erscheinungen einer Nierenkrankheit ins Hospital. Ödeme des Beines und Ascites waren die vorstechendsten Symptome. Pat. wurde 3mal punktirt und Mengen von 7800 und 4200 g abgelassen. Die Flüssigkeit enthielt Fett, weiße und rothe Blutkörperchen, Fibrin und große Quantitäten Lymphe. Die genaue Sektion ergab Genitaltuberkulose, Tuberkulose der Leber, des Darmes und des Peritoneum. **Glitsch** (Königsfeld).

14) **Grancher.** Noma.

(Ann. et Bullet. de la soc. de méd. d'Anvers. 1887. September u. Oktober.)

Verf. giebt an, dass das Noma bei Masern auftretend nur bei schwächlichen und kränklichen Individuen vorkommt. Hervorgerufen durch Kompression und Decubitus der ergriffenen Backe und einen noch nicht näher bekannten Pilz im Speichel. Schließlich schreibt er dem Terrain einen nicht zu bezweifelnden Einfluss zu bei Entstehung des Noma. **Glitsch** (Königsfeld).

15) **Landau** (Berlin). Zur Erweiterung der Gebärmutter.

(Deutsche Medicinalzeitung 1887. No. 93.)

Zur Erweiterung und Eröffnung des Uterus giebt L., nach dem Vorgang Vuillet's, folgendes Verfahren an. Ein ca. 1 m langer, 1 cm breiter Streifen Jodoformgaze wird in Rückenlage oder Sims'scher Seitenlage der Pat., mit einem dünnen, rauhen Uterusstäbchen in die Gebärmutterhöhle eingeführt und allmählich das Band in die Uterushöhle geschoben, bis der ganze Uterus, einem plombirten Zahn gleich, angefüllt ist. Nach 24—48 Stunden ist er so weit geöffnet, um ihn mit einem Finger bequem austasten zu können. Füllt man ihn nachher von Neuem mit Jodoformgaze an, so bleibt er nach Belieben geöffnet, oder erweitert sich noch mehr. Der Tampon wirkt auf den Uterus nicht, indem er selbst quillt, sondern durch seinen Reiz als Fremdkörper. Hervorzuheben ist die Schmerzlosigkeit und Ungefährlichkeit des Verfahrens und L. glaubt es in Zukunft ambulatorisch ausführen zu können. Die hauptsächlichsten Indikationen dazu geben Endometritis und Gebärmutterblutungen. L. leugnet nicht, dass die Füllung gelegentlich ziemliche Schwierigkeiten macht und Geduld und Geschick erfordert. Vuillet nahm zuerst die Erweiterung der Gebärmutter in der Weise vor, dass er erbsen- bis mandelgroße Wattebäusche in einer solchen Zahl einbrachte, bis dieselbe vollkommen damit angefüllt war. Nach 48 Stunden entfernte er diese und ersetzte sie, da das Cavum uteri bereits geräumiger geworden ist, durch eine größere Anzahl Tampons. Damit fährt er fort (in acht bis zehn solcher Sitzungen) bis die Uterushöhle entweder direkt oder mit Hilfe eines Uterusspeculums übersehen werden kann. **Glitsch** (Königsfeld).

16) **P. Budin.** Ein Tumor der Nabelschnur.

(Progrès méd. 1887. No. 53.)

In der Mitte einer Nabelschnur eines übrigens ganz gesund geborenen Kindes, saß ein faustgroßer, schmutzig-grünlich aussehender Tumor. Aufgeschnitten entleerte sich eine Quantität Blut und es zeigten sich 3 Taschen in ihm. Zwei von denselben waren glatt, die dritte enthielt abermals 3 kleine Geschwülste. Die eine dieser Höhlungen war mit Pflasterepithel bekleidet, welches auf einer fibrösen Masse aufsaß. Die vorhin erwähnten kleinen Geschwülste hatten denselben Typus des Baues. Die andere Cyste war mit großen Cylinderzellen ausgefüllt. Die Gefäße in der Nabelschnur hatten mit dem Tumor nichts zu thun.

Glitsch (Königsfeld).

17) **E. Bonnaire** (Paris). Hämorrhoiden während der Schwangerschaft und im Wochenbett und deren Behandlung.

(Progrès méd. 1888. No. 9.)

Eine 25jährige Viertgebärende litt an Hämorrhoiden, welche den Anus kranzförmig umsäumten und auch nach der Geburt nicht zurücktraten. Die Beschwerden nahmen zu, die Hämorrhoiden schwollen noch mehr an, wurden hart, zeigten auch nach eingetretenem Stuhlgang keine Erleichterung, und die Temperatur stieg auf 38,7. Kataplasmen und eine Cocainsalbe halfen nicht, die Tumoren wurden vielmehr am nächsten Tag stellenweise brandig. B. entschloss sich zur Reduktion in Chloroformnarkose. Nach den ersten Inhalationen verschwand jeder Schmerz und Pat. behielt ihr volles Bewusstsein, obgleich energischer Druck auf die sonst so schmerzhaften Hämorrhoiden nöthig war. Verf. spricht sich nicht darüber aus, ob er die Analgesie für subjektiv hält. B. hält das Vorkommen von Hämorrhoiden in der Schwangerschaft für häufig und macht die Vergrößerung des Uterus im Becken dafür verantwortlich. Die Komplikationen sind dieselben wie außerhalb der Schwangerschaft: Blutung, Gerinnung in den Gefäßen, Entzündung. Blutung kann eintreten, wenn ein bei der Geburt entstehender Dammriss einen Hämorrhoidalknoten mittrifft und zerreißt. Zur Beseitigung empfiehlt B. Abführmittel, Blutegel, Skarifikationen, warme Sitzbäder. Vor der Reduktion unter den oben beschriebenen Inhalationen von Chloroform soll man noch Jodoform, Cocain und Morphium versuchen. **Glitsch** (Königsfeld).

18) **Terillon.** Eröffnung intraperitonitischer und tiefer Abscesse beim Weibe durch die Laparotomie.

(Klin. Vorlesung von Villar berichtet. Progrès méd. 1887. December 21.)

Die Laparotomie behufs Abscesseröffnung wurde von Lawson Tait eingeführt. In England und Amerika wird sie häufig, in Frankreich nur selten geübt.

Verf. unterscheidet subperitoneale und intraperitoneale Abscesse. Die ersteren bieten weder diagnostisch noch operativ Schwierigkeiten. Sie entstehen in der Umgebung des Uterus und haben, indem sie das Peritoneum gewissermaßen vor sich wölben, die Tendenz nach der Scheide, nach der Fossa iliaca, endlich in seltenen Fällen, entlang der Femoralgefäße durchzubrechen. Der Chirurg wird in diesen Fällen nicht zögern, den Aufbruch durch eine Incision zu beschleunigen. Weit schwieriger ist die Behandlung derjenigen Abscesse, die sich nach dem Kreuzbein zu sammeln. Diese von der Bauchhaut weit entfernten und meist von den Därmen bedeckten Herde, drohen jeden Augenblick in das Peritoneum durchzubrechen und daselbst tödliche Peritonitis hervorzurufen. Andernfalls können sie bald durch den Uterus, bald durch die Blase, bald durchs Rectum durchbrechen und je nachdem sich der Abscess durch einen dieser Wege rasch oder in Intervallen entleert, bald sofort große Erleichterung, bald sofortige Heilung, bald Intermissionen des Wohlbefindens bewirken, bald endlich eine Erkrankung des Organs, durch welches der Eiter durchbricht, beispielsweise einen heftigen Katarrh der Blase.

Bis zum Jahre 1881 ließ man den Durchbruch ins Rectum oder die Blase ruhig geschehen und überließ die dann gebildete Fistel ihrem Schicksal. Allenfalls suchte man durch einen Schnitt oder durch Dilatation der Urethra der Fistelöffnung beizukommen und den Gang zu drainiren. Doch giebt diese Methode selten ein gutes Resultat.

Eben so suchte man auch durch Erweiterung und Schnitt sowohl vom Rectum als auch von der Vagina aus der Fistelöffnung behufs einer entsprechenden Drainage beizukommen.

In Rücksicht auf die Gefahren der Sepsis, die alle diese Methoden mit sich führen, sucht Verf. nach dem Vorgehen von Tait die Abscesse durch Laparotomie zu eröffnen. In Kurzem wird die Methode in folgender Weise skizzirt: 1) Eröffnung der Bauchdecken bis auf das Peritoneum. Dasselbe wird erst nach vollkommener Blutstillung eröffnet. Eröffnung der Peritonealhöhle streng in der Mittellinie.

2) Zurückdrängen der Gedärme, vorsichtiges Lösen der Adhäsionen, Zurückhalten der Intestina mit Schwämmen. Der Eitertumor präsentirt sich dann ohne Schwierigkeit, man kann ihn umgehen und an den Grenzen abtasten; er pflegt nur am Ligamentum latum sich nicht abgrenzen zu lassen. 3) Gilt es diese eitrige Tasche zu eröffnen. Dies thut man am besten durch Aspiration, vermittels eines starken Trokars. Die Tasche wird dann mit dem Messer, der Schere oder dem Thermokauter gespalten. Selbstverständlich muss man bei der Eröffnung jedes Überfließen in das Cavum peritoneum verhüten. Manche Chirurgen haben die Tasche an die äußeren Decken fixirt und dann eröffnet. Dies hat mehrfache Nachtheile. Nun folgt 4) die Anheftung der Ränder der eröffneten Tasche an das Peritoneum durch innige und zahlreiche Nähte. Die Operation ist damit beendet und es folgt eine sorgfältige Toilette. Kann man die Perforation vermeiden, so ist die Entfernung der stark vascularisirten und succulenten Innenmembran dringend zu empfehlen. Man beschließt die Operation mit Einlegen großer Drainageröhren und Schließen der Bauchhöhle. Die Fistel schließt sich sehr langsam, sie erfordert 3—4 Wochen. In dieser Zeit tägliche Ausspülungen durch die Drainröhren.

Zwei Krankengeschichten, in denen diese Methode die völlige Ausheilung langdauernder Abscesse herbeiführte, werden mitgetheilt. Verf. stellt weitere Vorlesungen über die Entstehung dieser Abscesse in Aussicht. **Julius Pauly.**

19) **N. T. Brewis** (Edinburg). Über einen Fall von spontaner Inversion des Uterus.

(Edinb. med. journ. 1887. Juli.)

Die 36jährige Pat., unverheirathet, kinderlos, litt seit mehreren Jahren an heftigen Blutverlusten und Schmerzen. Die Diagnose wurde s. Z. auf submuköses Fibroid gestellt. Im April 1886 traten plötzlich die heftigsten Schmerzen auf unter kontinuirlichen Blutungen. Diese dauerten an, bis im Juli, 3 Monate später, ein ovaler, orangengroßer Körper ab- oder ausgestoßen wurde.

Es fand sich nun ein birnförmiger, elastischer Körper in der Vagina vor, über dessen größte Peripherie sich der Cervix retrahirt hatte. In Chloroform ließ sich dann an Stelle des Fundus eben die bekannte trichterförmige Einsenkung konstatiren, welche die Sicherstellung der Diagnose einer Inversion des Uterus ermöglichte. Die Pat. wurde nun zu Bette liegen gelassen und wochenlang täglich mehrmals, zuerst 2, dann 4mal, größere Mengen heißen Wassers im Strome gegen den heruntergestülpten Fundus gerichtet; 2malige energische manuelle Repositionsversuche, in der Zwischenzeit vorgenommen, blieben erfolglos. Plötzlich stellten sich wieder die heftigsten Leibschmerzen ein und nach zweitägiger Dauer derselben war eine spontane Reduktion der Inversion eingetreten.

Auf Grund dieses Erfolges empfiehlt Verf., mit Geduld und Ausdauer den Heißwasserstrom bei diesen chronischen Fällen versuchen zu wollen.

Zeiss (Erfurt).

20) **Berry Hart** (Edinburg). Ein Beitrag zur Anatomie des Uterus nach der Geburt, mit besonderer Beziehung zur Placenta praevia.

(Edinb. med. journ. 1887. Juli.)

Der Uterus stammte von einer Multipara mit Placenta praevia. Die — etwa zwischen 7. und 8. Monat — sofort nach Ausstoßung des Kindes am Blutverlust zu Grunde ging. Ein Durchschnitt durch die vordere, die Placenta noch tragende, Uteruswand ergab nun Folgendes: Oben zunächst eine etwa $11^1/_4$ cm lange Partie der Uteruswand, deren Dicke sich nach unten zu, unter Häufigerwerden der Längsfasern, von 4 auf 1,8 cm verjüngt. Dieser Theil des Uterus ist nach außen von fest anhaftendem Peritoneum, nach innen von Placentargewebe begleitet. Im unteren, sich verjüngendem Theile liegt die Kranzvene des Kontraktionsringes. Unterhalb dieses folgt ein etwa 3 cm langes, 1 cm dickes Stück des Schnittes, dessen untere Hälfte besonders fest und derb im Gewebe ist, ohne besonderes Maschenwerk erkennen zu lassen. Von dieser Partie, dem unteren Uterinsegment, ist außen das Peritoneum abgelöst, die innere Seite trägt auf ihrer

oberen Hälfte noch anhaftendes Placentargewebe. Nach unten zu folgt dann das 3,7 cm lange Cervixsegment, dessen Schleimhaut mit scharfem Rande mehrere Millimeter über die Fläche des unteren Uterinsegments vorspringt, mit deutlich ausgeprägtem inneren und äußeren Muttermund.

Aus dem Verhalten des Peritoneum schließt H. nun zunächst, dass die obere dicke Partie der Uteruswand sich retrahirte — in Folge dessen das Peritoneum sich wohl faltete aber haften blieb; auf dem unteren Uterinsegment war es abgetrennt, — was nur durch Streckung dieser Wandpartie geschehen konnte. Praevia sei eine Placenta dann zu nennen, wenn sie mit einem Segmente unterhalb des Kontraktionsringes, auf dem unteren Uterinsegmente (dessen uterine Natur Verf. durch sein Präparat für definitiv erwiesen hält) aufsitzt. Oberhalb des Kontraktionsringes findet nun eine Lösung nicht statt, denn Verf. glaubt — wie er in einer anderen Arbeit näher aus einander setzt — nicht daran, dass Verkleinerung der Ansatzstelle, welche die Placenta vielmehr durch gleichzeitige Zusammenschiebung und Verdickung begleite, eine Lösung bewirken könne. Dagegen werde vielmehr gerade durch die Streckung des unteren Uterinsegmentes, an welcher die dort aufliegenden Theile der Placenta vermöge ihrer losen Verbindung halber nicht Theil nehmen könnten, die Lösung hervorgerufen. **Zeiss** (Erfurt).

21) **Paltauf** (Wien). Ein Fall von Mangel des Ductus venos. Arantii.

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 7.)

Bei einer mit Hydramnios behafteten Kreißenden der 3. Gebärklinik bildete enormer Hydrops Ascites der Frucht (49 cm Bauchumfang) ein Geburtshindernis, so dass das reife (52 cm lange) männliche Kind erst nach Punktion der Abdominalhöhle geboren werden konnte. Die auffallend lange (91 cm) Nabelschnur war stark gewunden und die Ven. umbil. zeigte variköse Erweiterungen.

Die Sektion ergiebt als Ursache des starken Ascites, der vorhandenen venösen Hyperämie im Pfortadersystem, der Länge und starken Drehung des Nabelstranges, der Erweiterung der Nabelvene, so wie des Hydramnios vollständigen Mangel des Ductus Arantii. P. versucht den Defekt des Duct. venos. mit dessen Entwicklung in Einklang zu bringen und erwartet genügende Erklärung in der von His gefundenen Thatsache der späteren Umwandlung der zum Herzen führenden großen Venenstämme, so dass der Duct. Arantii eine sekundäre Bildung ist, die im vorliegenden Falle ausgeblieben sei. Nach P.'s Ansicht beruht die Hauptaufgabe des Ductus venos. die zwischen der Vena umbil. und Vena portae bestehenden Druckdifferenzen rasch auszugleichen und zu verhindern, dass der höhere Blutdruck der Nabelvene schädigend auf die Pfortader einwirke. **Torggler** (Innsbruck).

22) **Piskaček** (Wien). Forceps in mortua. Extraktion einer asphyktischen Frucht, die wiederbelebt wurde, jedoch nach 38 Stunden starb.

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 7.)

28jährige IIpara mit hochgradiger, rechtseitiger Kyphoskoliose des unteren Brustsegmentes; wegen starker Dyspnoe kann die Frau nur in sitzender Stellung verharren. 3 Stunden nach Wehenbeginn verlässt Pat. das Bett und stürzt todt zusammen. Innerhalb 5 Minuten wurde, da die innere Untersuchung den Muttermund völlig verstrichen zeigte, nach gesprengter Blase die Zange an den in der Beckenhöhle stehenden Kopf angelegt und mit einer Traktion eine scheintodte weibliche Frucht (46 cm, 2200 g) entwickelt. Kind wurde mit Ballonkatheter wiederbelebt, trank Flaschenmilch, wird jedoch wiederholt asphyktisch und stirbt nach 38 Stunden (leider fehlt eine Sektion desselben). Autopsie der Mutter (Prof. Kundrat ergab: Hypertrophie des Herzens, beiderseitigen Hydrothorax, Hydropericardium und Ödem der Lungen. P. kommt zum Schlusse, dass die unmittelbare Todesursache im Lungenödem lag und dass ein ausgetragenes Kind hätte können am Leben erhalten bleiben (bei reifen Kindern würde Sectio caes. post mortem wohl mehr Aussicht haben. Ref.). **Torggler** (Innsbruck).

23) **J. Zielewicz** (Posen). Zur Chirurgie der Bauchhöhle.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 15.)

Z. berichtet über 6 von ihm ausgeführte Laparotomien, welche, wenn auch nur in einem Fall wegen einer Erkrankung der weiblichen Saxualorgane ausgeführt, doch auch für den Gynäkologen von Interesse sind.

Im ersten Fall handelte es sich um Invagination des Quercolon und eines Theiles des Jejunum in das bedeutend erweiterte S romanum bei gleichzeitigem Prolapsus uteri. Z. neigt zu der Annahme, letzteren in kausalen Zusammenhang mit der Invagination zu bringen. Repositionsversuche vom Rectum aus blieben erfolglos; wie sich bei der Operation herausstellte in Folge bereits eingetretener, fester Verwachsungen. Bis zum 5. Tag reaktionsloser Verlauf. Dann Durchfall; bedeutende Schmerzhaftigkeit des Leibes. Am 7. Tag unter plötzlichem Collaps Exitus letalis. Die Sektion ergab als Todesursache Enteritis ulcerosa mit Perforatio coli.

Bei einer zweiten Pat. wurde eine Ektasie der Gallenblase diagnosticirt. Eine Probepunktion der faustgroßen, prall-elastischen Geschwulst ergab eine mehr eitrige, als gallige Flüssigkeit. Die Operation bestätigte die Diagnose. In der Gallenblase fand sich ein wälschnussgroßer Stein von rauher Oberfläche. Der Ductus cysticus wurde doppelt ligirt, dann durchschnitten. Starker Collaps der Pat. durch Ätherinjektionen und subkutane Kochsalzinfusionen bekämpft. Heilung der Bauchwunde ober- und unterhalb der Geschwulst p. prim. int. Zurückbleiben einer kleinen Fistel, welche durch galvanokaustische Ätzung geschlossen wurde.

Die dritte Laparotomie wurde wegen Leberechinococcus ausgeführt. Einzeitiger Schnitt. Tamponade der mannskopfgroßen Höhle mit Jodoformgaze. Langsame Verkleinerung derselben bei fortschreitender Erholung der Pat. Heilung.

Eine diagnostische Laparotomie bei einer seit $1^1/_2$ Jahren an Magenschmerzen, Appetitmangel, Erbrechen, seit 6 Monaten an Anschwellung des Abdomen leidenden Kranken ergab ein nicht mehr operables Pankreascarcinom.

Besonderes Interesse bietet eine Ovariotomirte. Am 4. Tag post operat. traten die Menses unter bedeutender Temperatursteigerung, aber ganz befriedigendem Allgemeinbefinden ein. Zwei Tage später erster Verbandwechsel; Bauchwunde p. p. geheilt. Tags darauf Temperatur 39,4° C. Pat. klagt über Harn- und Stuhldrang und Fülle im Unterleib. Als Ursache derselben wurde durch kombinirte Untersuchung ein großer, Vagina und Rectum komprimirender Erguss gefunden. Punktion desselben ergab, dass es sich nicht um ein eitriges Exsudat, sondern eine Hämatocele handelte. 2 Tage später Temperatur 40° C.; Incision der verjauchten Hämatocele. Irrigation der großen Höhle mit Sublimat 1‰. Dann Tamponade mit Jodoformgaze. Allmähliche Entfieberung.

Schließlich wurde ein Knabe wegen eines chronischen Abscesses der Bauchhöhle, welcher in Folge eines Falles entstanden sein sollte, laparotomirt. Auch hier trotz mehrfacher Zwischenfälle — Prolaps einer Partie Colon ascendens, Perforation desselben, purulente Entzündung des rechten Hodens — Heilung.

Zum Schluss giebt Z. eine kurze Beschreibung der von ihm bei Laparotomien beobachteten, antiseptischen Maßnahmen. **Graefe** (Halle a/S.).

24) Verhandlung über Prostitution.

(Bull. de l'acad. r. de méd. de Belgique 1887. IV. Serie. I. Bd. No. 9.)

Die folgenden Beschlüsse gegen die Prostitution werden dem Minister vorgelegt.

1) Die Prostitution auf den Straßen und öffentlichen Plätzen, als mächtigste Ursache zur Verbreitung venerischer Krankheiten, soll untersagt werden.

2) Alle Personen, welche der Ausschweifung überführt sind, werden eingeschrieben und sind den sanitären Besuchen unterworfen.

Glitsch (Königsfeld).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 41. Sonnabend, den 13. Oktober. 1888.

(Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik des Prof. Dr. Madurowicz in Krakau.)

Ein Fall künstlicher Frühgeburt, wegen Oedema pulmonum. Erweiterung des Gebärmutterhalses vermittels des Braun'schen Kolpeurynters.

Von

Dr. **Stanislaus Braun**, 1. Assistenten der gen. Klinik.

Im Jahre 1861 wurde mein hochgeehrter Chef Prof. Dr. Madurowicz, als damaliger Assistent an der geburtshilflichen Klinik in Wien, eines Tages in der Frühe zu einer Multipara wegen einer beträchtlichen Blutung plötzlich gerufen. Die nähere Untersuchung belehrte ihn, dass im vorliegenden Falle Placenta praevia die Ursache der Blutung sei. Er fand dabei die Portio vaginalis uteri fast ganz verstrichen und den äußeren Muttermund, welcher mit Einrissen versehen und eine ovale Öffnung bildete, auf über einen Finger erweitert.

Behufs Stillung der Blutung und Beschleunigung der Geburt, führte Prof. Madurowicz einen gut gereinigten Kolpeurynter Braun's in die Scheide ein

und füllte denselben mit 3 Spritzen kalten Wassers; als er hierauf untersuchte, ob derselbe die Scheide genau ausfüllte, fand er zu seinem Erstaunen, dass der Kolpeurynter sich in toto nicht in der Scheide, sondern in dem Gebärmutterhalse befand, nur der Hals des Ballons befand sich in der Scheide. Da Prof. Madurowicz befürchtete, es könne sehr leicht der Gebärmutterhals bersten, beschloss er, das Wasser herauszulassen; in dem Momente fiel ihm aber der Gedanke auf, ob es nicht ginge bei vorsichtiger Traktion des Ballons zugleich den Gebärmutterhals zu erweitern, um nachher, in Anbetracht der großen Anämie der Gebärenden Wendung und Beendigung der Geburt herbeiführen zu können. Zu diesem Zwecke öffnete er nur theilweise den Hahn, damit nur wenig Wasser Abfluss finde, und zog zugleich ganz vorsichtig bei eintretender Kontraktion des Uterus am Halse des Kolpeurynters; auf diese Weise ahmte er ganz die Wirkung der Fruchtblase nach, der Kolpeurynter senkte sich langsam in dem Gebärmutterhalse in Gestalt eines Keils herab, welcher bei jeder Gebärmutterkontraktion mit immer größerem Segment in den Gebärmuttermund gelangte und denselben verhältnismäßig rasch erweiterte. Nachdem er auf diese Weise den ganzen Kolpeurynter bereits herausgezogen hatte, fand er den Gebärmuttermund so erweitert, dass er auf oben erwähnte Art die Geburt mit gutem Erfolge sowohl für die Mutter wie auch für das Kind beendigen konnte.

Obwohl ein so günstiger Erfolg Prof. Madurowicz aneifern konnte in gegebenen Fällen dasselbe Verfahren zu wiederholen, that er es gerade wegen Gefahr der Ruptur des Gebärmutterhalses nicht. Vor einigen Jahren empfahl erst Prof. Schauta dasselbe Verfahren bei Anomalien der Geburt. Dass aber dieses Verfahren, wenn es nur vorsichtig ausgeführt wird, wirklich gute Dienste leisten kann, beweisen nicht nur Fälle von Mäurer in Koblenz, Greder in Karlsruhe u. A., sondern auch ein Fall, den ich nachfolgend näher beschreiben will:

Ende April 1888 kam auf die Klinik die 30 Jahre alte, nicht verheirathete Regina C., welche weder geboren, noch je abortirt hatte; im 19. Jahre begann sie zu menstruiren, das letzte Mal menstruirte sie vor 9 Monaten. Fruchtbewegungen fühlte sie das erste Mal vor 4 Monaten; bereits im 3. Schwangerschaftsmonate entwickelte sich allmählich Ödem der Beine, Hände und des Gesichtes. Mit jedem Monate vergrößerte sich das Ödem immer mehr, sie gab auch mit jedem Tage immer weniger Urin ab, in den letzten Tagen nicht mehr als 100—150 g pro die. Vom Augenblicke des Beginnes des Ödems fühlte sie Kreuzschmerzen, hatte Kopfschmerzen, Schwerhörigkeit, Schwachsehen, Appetitmangel, allgemeine Schwäche. In den letzten Tagen plagt sie hartnäckiger Husten, besonders in der Nacht und hat dabei manchmal so große Dyspnoe, dass sie nur sitzend etwas Erleichterung findet. Vorher war sie immer gesund, hatte nie Husten; sie schreibt die Ödeme ihrer Beschäftigung (Wäscherin) zu.

Status praesens ergab: Außer großem allgemeinem Anasarka, Cyanose des Gesichts, diffuse Bronchitis, und Bronchiolitis, Ascites mäßigen Grades, im Urin sehr viel Eiweiß, hyaline Cylinder, 9. Schwangerschaftsmonat, I. Schädellage, der Kopf der lebenden Frucht über dem Becken, wegen größerer Quantität des Fruchtwassers und flachen Beckens (Conjugata vera $9^1/_2$ cm).

Ich ließ ihr Analeptica verabreichen, weil der Puls sehr frequent, klein war, 104 pro Minute und Belladonna gegen den Husten. Ungeachtet dessen schlief die Kranke in der Nacht nicht, Schröpfköpfe und Sinapismen brachten ihr etwas Erleichterung.

Am 3. Tage des Aufenthaltes in der Klinik fühlte sie sich sehr abgeschwächt, sprach wenig, wurde apathisch, und fing an eine größere Menge schaumblasigen Sputums auszuhusten. Als ich damals die Kranke untersuchte, fand ich Dämpfung im hinteren unteren Abschnitte des Brustkastens drei Finger breit, daselbst reichliche Rasselgeräusche, Herztöne dumpf, Pulszahl 120, Körpertemperatur normal, Ascites vergrößert, die Frucht lebt, Portio vaginalis uteri lang, der Gebärmuttermund klein, gar nicht erweitert. Ich diagnosticirte daher beginnendes Oedema pulmonum, im Verlaufe von chronischer Nephritis bei einer Schwangeren. Um sowohl die Mutter wie auch die noch lebende Frucht zu retten, beschloss ich

künstliche Frühgeburt herbeizuführen. Nach Reinigung des Mastdarmes und der Scheide führte ich um 8 Uhr Morgens ein Bougie nach Krause's Methode in die Gebärmutterhöhle ein und reichte nebenbei der Kranken Wein. Nach 12 Stunden fand man keine Spur vom beginnenden Geburtsakte, die Kranke verlor indessen das Bewusstsein ganz, athmete unregelmäßig und stertorös. Lungenödem hat sich vergrößert und die Kräfte der Kranken sanken mit jedem Augenblicke, ungeachtet dessen, dass ich jede 2. Stunde Äther subkutan injicirte. Ich probirte daher andere Mittel, welche rascher die Geburt herbeiführen könnten, und die Gebärmutter zur Kontraktion zwingen, unter anderen Induktions- und galvanischen Strom, alle halbe Stunden durch 10 Minuten, dann Injektionen größerer Mengen warmer 1,5%iger Karbollösung in die Scheide, Irrigation vermittels eines in die Gebärmutterhöhle eingeführten elastischen Katheters vermittels 2%iger Karbollösung, Alles aber ohne Erfolg. Erst eine Stunde nach letzterem Verfahren fing sich an die Gebärmutter etwas zu kontrahiren, die Portio vaginalis uteri kürzer zu werden, gegen 12 Uhr in der Nacht war dieselbe ganz verstrichen, und der Gebärmuttermund so weit erweitert, dass der eingeführte Finger behufs Hervorrufung stärkerer Kontraktionen das untere Segment der Fruchtblase von der Gebärmutterwand ablösen konnte. Als aber die Kräfte der Kranken immer weiter schwanden und die Geburt sehr langsam fortschritt, bereitete ich Alles zur eventuellen Sectio caesarea post mortem vor, wenn im Falle des Absterbens der Mutter der Geburtskanal nicht so weit erweitert wäre, um die Frucht durch die Scheide zur Welt zu bringen.

Indessen erinnerte ich mich an das oben beschriebene Verfahren des Prof. Madurowicz in dem erwähnten Falle, und da nichts mehr zu verlieren war, beschloss ich dasselbe auch in meinem Falle zu verwenden. Zu diesem Zwecke führte ich den gut gereinigten und um seine Achse gewickelten Braun'schen Ballon in den Gebärmutterhals, füllte denselben mit Wasser, und als derselbe zur Größe einer kleinen Faust gefüllt und erweitert war, zog ich ihn langsam und vorsichtig während einer Gebärmutterkontraktion heraus, indem der Hahn geöffnet war. Nach vier- bis fünfmaliger Wiederholung derselben Manipulation im Laufe von 2 Stunden war bereits der Muttermund so erweitert, dass ich die Hand in die Gebärmutterhöhle einführen konnte, ich führte auch die Wendung auf den Fuß aus, und brachte eine etwas ohnmächtige, dem 9. Schwangerschaftsmonate entsprechende, weibliche Frucht zur Welt. Das Kind wurde bald aus seiner Ohnmacht geweckt. Ich entfernte hierauf die Placenta durch Massage des Fundus uteri und kalte Umschläge auf den Bauch, irrigirte die Scheide mit 2%iger Karbolsäurelösung, wonach die Gebärmutter ohne Nachblutung sich ganz gut kontrahirte. Die Kranke bekam außerdem einige Ätherinjektionen subkutan, wurde warm bedeckt, erhielt per os einige Löffel guten Weines und wurde in ein gut geheiztes Zimmer gebracht.

Drei Stunden darauf besserte sich der Puls etwas, die Kranke kam etwas zu Bewusstsein, da sich aber noch immer schaumiges Sputum zeigte, ließ ich wiederum Schröpfköpfe in größerer Zahl ansetzen. Am 4. Tage nach der Operation kam sie nach weiterer Darreichung von Analepticis und wiederholten Derivantiis ganz zu sich, und am 14. Tage verließ sie die Klinik vollkommen gesund, nachdem die Ödeme allmählich zurückgegangen waren. Die Gebärmutter fand ich beim Verlassen der Klinik ganz gut kontrahirt, im Urin Eiweißspuren, und spärliche hyaline Harncylinder.

Wie ich im Centralblatt für Gynäkologie 1887 No. 25, somit einen Monat später lese, verfuhr in einem Falle eben so Mäurer in Koblenz, er erweiterte auf dieselbe Weise den Muttermund in einem Falle von Placenta praevia, brachte das Kind lebendig zur Welt und erhielt die Mutter am Leben.'

Einen Monat später erweiterte, wie ich in demselben Blatte lese, ein praktischer Arzt in Karlsruhe, Namens Greder, in einem Falle von Querlage der Frucht und zeitlichem Abflusse des Fruchtwassers, den Gebärmuttermund vermittels des Kolpeurynters so weit, dass er Wendung auf den Fuß machen konnte. Außer diesen haben nach viele Andere dasselbe Verfahren in sich dazu eignenden Fällen mit gutem Erfolge angewandt.

---

1) Maydl (Wien). Eine neue Methode der Stielversorgung nach supravaginaler Amputation des Uterus.

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 9.)

Um die Vortheile der Schröder'schen intraperitonealen Stielbehandlung mit jener der extraperitonealen Stielversorgung nach Péan zu vereinen, was durch die präperitoneale, oder wie M. sie nennt, retroparietale Stumpfversorgung nach Hacker-Wölfler nicht erreicht wird, machte M. den gewiss beherzigenswerthen Vorschlag (und beweist die Ausführbarkeit desselben durch einen einschlägigen Fall), den nach Schröder vernähten Stumpf über das Niveau der Bauchwunden hervorzuheben und ihn hier durch eine quer durchstochene Akupressurnadel zu befestigen. Der Stumpf wird nicht mit Peritoneum umnäht, sondern nur der Bauchschnitt bis knapp an denselben vernäht. Die Retraktion des Stumpfes soll durch Entfernung der Nadel erst dann zugelassen werden, wenn man sicher ist, dass an demselben keine Nekrose mehr auftreten kann, oder eine bestandene schon abgelaufen ist. M. hofft auf diese Weise am besten den Nachtheilen des Versenken des Stumpfes auszuweichen, andererseits zu vermeiden in den Gang einer modern-chirurgischen Operation eine nothwendige Nekrose, wie dies bei extraperitonealer Stielversorgung geschieht, einzusetzen. Zugleicht hofft er bei dieser Behandlung ätiologisch den Grund der Stumpfnekrose, die nach ihm in $^2/_3$ der nach Schröder operirten Fälle eintritt, aufzuklären.

Torggler (Innsbruck).

---

2) A. Dührssen (Berlin). Die Anwendung der Jodoformgaze in der Geburtshilfe.

Berlin, **Fischer's** med. Buchhandlung, 1888.

Die Arbeit D.'s ist eine weitere Ausführung seines im vorigen Jahrgang dieses Blattes (No. 35) erschienenen Aufsatzes. Den damals mitgetheilten 3 Fällen von erfolgreich mit Jodoformgazetamponade behandelter Atonie des puerperalen Uterus fügt er 6 weitere (ein siebenter ist nach Erscheinen der D.'schen Arbeit, wie derselbe dem Ref. mittheilt, in der geburtshilflichen Poliklinik der Charité beobachtet worden) hinzu, in welchen das Verfahren gleich günstige Resultate ergab. Auch von anderer Seite (Fraipont: Liège 1887 und Auvard: Arch. de tocol. Nov. 1887) sind inzwischen die Erfahrungen des Verf. bestätigt worden. Doch darf auch ein Misserfolg, welchen Fritsch in einem Fall absoluter Atonie gehabt, nicht verschwiegen werden. Dieser will daher die Tamponade als ein infallibles Mittel nicht gelten lassen (Klinik der geburtshilfl. Operat.). Theoretisch wendet er besonders gegen dieselbe ein, dass sie den Uterus hindere, sich fest zu kontrahiren, da sie ja diesen weit erhält. D. behauptet dagegen, dass der Uterus sich thatsächlich doch nach Einführung des Jodoformgazestreifens kontrahire und später nicht wieder erschlaffe. Ein weiterer Einwand Fritsch's ist der, dass die Jodo-

formgaze weder eine styptische noch mechanische Blutstillung bewirken könne, da sie im Gegentheil Blut einsauge. Dem gegenüber nimmt D. gerade eine mechanische Blutstillung an, da durch die in Folge der Tamponade ausgelöste Uteruskontraktion die Uterusinnenfläche fest gegen den Tampon angedrückt erhalten werden soll. Immerhin fordert der Fritsch'sche Fall dazu auf, das Verfahren nicht für ein absolut sicheres anzusehen, selbst wenn der Erfolg im Augenblick ein günstiger zu sein scheine. Bei jenem floss nämlich, da sich die Gaze voll Blut saugte, zunächst nichts ab. Später aber verblutete sich die Entbundene dennoch!

Auch die Cervixrisse hat D. mit Vorliebe mit der Jodoformgazetamponade behandelt. Wenn er das an sich ideale Verfahren der Naht derselben zwar in geburtshilflichen Anstalten, nicht aber in der Praxis für wohl ausführbar erklärt, so kann man ihm gewiss nur beistimmen. Er räth auch in diesen Fällen den Uterus zu tamponiren, um ihn dadurch zu einer guten Kontraktion zu bringen, da eine solche die das untere Uterinsegment versorgende A. uterina komprimirt. Blutet es trotz Tamponade der Uterushöhle, des Cervix und der Scheide nach, so soll in letztere noch Salicylwatte, welche weniger imbibitionsfähig ist, nachgeschoben werden.

Des Weiteren wird die Jodoformgazetamponade für die schwer zu nähenden Scheidenrisse empfohlen, ferner provisorisch, um Dammrisse nicht Nachts bei schlechter Beleuchtung nähen zu müssen, schließlich, um festzustellen, ob eine Blutung aus der Vagina oder einem Clitorisriss stammt bezw. zur Kompression des letzteren bis zur Schließung durch die Naht.

In einem Fall von perforirender Scheidenruptur (cf. Ref. No. 25 dieses Jahrganges) bediente sich D. gleichfalls der Jodoformgazetamponade mit Erfolg. Er würde sie auch bei Behandlung eigentlicher Uterusrupturen verwenden, derart, dass zuerst durch den Riss hindurch der nächstliegende Abschnitt der Bauchhöhle und dann der ganze Uterus mit Jodoformgaze ausgestopft würde, worauf der von außen in der Bauchhöhle fühlbare Gazeballen fest gegen den Uterus angedrückt werden müsste. So würde die blutende Stelle komprimirt.

Ferner macht D. den Vorschlag bei jeder Sectio caesarea (nach Sänger) nach Ablösung der Placenta und Eihäute den Uterus prophylaktisch mit Jodoformgaze auszutamponiren (von der Uteruswunde aus) und ihn dann zu vernähen. Er hofft dadurch atonische Nachblutungen zu verhüten, schon früher vorhanden gewesene oder durch die Operation eingeleitete Zersetzungsvorgänge im Uteruscavum und vielleicht auch in der Wunde selbst zu beseitigen, durch die Ableitung der Sekrete nach außen den Übertritt der Lochien in die Bauchhöhle zu verhüten.

Schließlich empfiehlt Verf. die Uterustamponade mit Jodoformgaze im Wochenbett in allen den Fällen vorzunehmen, in welchen im Uteruscavum Fäulnisvorgänge sich abspielen, und eine oder mehrere

ausgiebige intra-uterine Karbolausspülungen sich als wirkungslos erwiesen haben.

Graefe (Halle a/S.).

3) **A. Pfeiffer** (Wiesbaden). Der Scheurlen'sche Krebsbacillus ein Saprophyt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 11.)

P. will sich an von Scheurlen selbst bezogenen Reinkulturen überzeugt haben, dass der Scheurlen'sche Krebsbacillus identisch mit dem Proteus mirabilis Hausser sei. Da dieser nicht pathogen ist, so bestreitet er, dass derselbe zur Ätiologie des Carcinoms in irgend welcher Beziehung stehe.

Graefe (Halle a/S.).

4) **F. Marchand** (Marburg). Über eine häufige Ursache der Gallensteinbildung beim weiblichen Geschlecht.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 12.)

M. sieht in dem Schnüren ein häufiges ätiologisches Moment der Gallensteinbildung beim weiblichen Geschlecht. Jedes Semester hat er Gelegenheit gehabt seinen Zuhörern mehrfach das gleichzeitige Vorkommen von Schnürfurchen der Leber und Gallensteinen zu demonstriren.

Durch Einschnürung des Rippenbogens wird ein mehr oder minder starker Druck auf den unteren Theil der Gallenblase und ihren Ausführungsgang an der hinteren resp. unteren Fläche der Leber ausgeübt. Dieser Druck ist aber kein gleichmäßiger. Bei Tage wirkt er mehr oder weniger anhaltend, Nachts gar nicht, oder wenigstens geringer, und nur dann, wenn die Form des Thorax bereits durch anhaltende Einschnürung stark verändert ist. Gerade dieser wechselnde Druck aber dürfte die Stagnation der Galle in der Gallenblase begünstigen. Am Tage pflegt sich die Gallenblase normalerweise hauptsächlich zu entleeren; in der Zeit der Verdauungspausen, besonders zur Nachtzeit, gegen Morgen zu füllen. Wird durch Druck den Tag über die Entleerung verhindert, so bleibt sie gefüllt und entleert sich auch bei Wegnahme desselben nur unvollkommen. So kommt es bei täglicher Wiederkehr desselben Vorganges zur Stagnation der Galle, in Folge dessen zur Steinbildung.

In Folge von Gallensteinen (und nicht umgekehrt, wie von manchen Seiten behauptet worden ist) und somit indirekt ebenfalls in Folge des Schnürens entwickelt sich gleichfalls auffallend häufig beim weiblichen Geschlecht Gallenblasenkrebs. M.'s Arbeit bringt die Abbildung zweier hierher gehöriger Fälle, welche das Lageverhältnis der Schnürfurche und der Gallenwege sehr gut illustrirt.

Wenn M. auf Grund seiner Beobachtungen dringend mahnt, der Unsitte des Schnürens entgegenzutreten, so kann man nur wünschen, dass dem von ärztlicher Seite Folge gegeben werde.

Graefe (Halle a/S.).

5) **Vineberg.** Die innerliche Verabreichung von Sublimat als Unterstützung der örtlichen Behandlung bei circumuterinen Entzündungen.

(New York med. journ. 1888. Januar 28. p. 89.)

Auch ohne Vorhandensein von Syphilis glauben V. und sein Chefarzt Emerson in der innerlichen Verabreichung von Sublimat ein höchst werthvolles Unterstützungsmittel der örtlichen Behandlung bei circumuterinen Entzündungen gefunden zu haben. Zuweilen scheint ihnen die Wirkung des Mittels sogar noch die der lokalen Behandlung übertroffen zu haben, falls der Sitz der entzündlichen Vorgänge tief und schwer zugänglich war. Meist muss ein längerer Gebrauch stattfinden, nöthigenfalls durch Zwischenpausen unterbrochen.

Lühe (Demmin).

---

6) **Ambrose Ranney.** Überanstrengung der Augen als Ursache von funktionellen Nervenkrankheiten und deren augenärztliche Behandlung.

(New York med. journ. 1888. Januar 7 u. 14. p. 1 u. 37.)

Wenn auch nicht alle in der vorliegenden höchst interessanten Abhandlung angezogene Fälle dem weiblichen Geschlecht entstammen, so ist letzteres doch auch vertreten und zwar mit Epilepsie, Neurasthenie, Chorea. In allen diesen Fällen wurde durch passende augenärztliche Behandlung die Nervenerkrankung gehoben, und somit auch ex juvantibus der Beweis des vorausgesetzten Zusammenhangs erbracht.

Lühe (Demmin).

---

7) **Marcy.** Cystitis beim Weibe.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1887. December 24.)

So wenig Neigung auch gesunde Blasenschleimhaut zur Einwanderung für Bakterien und normaler Urin zur Zersetzung haben mag, so ungünstig liegen doch meist bei der Einführung des Keime tragenden Katheters in die Blase die Verhältnisse. Z. B. bei der ausgedehnten Blase im Puerperium ist die Schleimhaut durch die Uteruskontraktionen gequetscht, stärker vaskularisirt, der reinste Katheter bringt aus dem Schleim der Vulva Keime ins Blaseninnere etc. Es wird dann schließlich die Blase der allerbeste Boden für die Entwicklung septischer Vorgänge.

Schon 1881 hat M. eine Methode angegeben, um die Blase leicht zu desinficiren, nämlich mittels doppelläufiger elastischer Katheter, wobei das abführende Rohr dicker ist, als das zuführende, um eine zu starke Ausdehnung der Blase zu verhüten. Er benutzt warmes Wasser ohne Zusatz, erst kürzlich spült er mit schwachen Sublimatlösungen 1 : 5000 aus. Aber selbst diese schwachen Lösungen werden oft von der Blasenschleimhaut schlecht vertragen, er hat schon bis 1 : 80000 herabgehen müssen. Dieser Ausspülung folgt dann eine Heißwasserdusche. Schließlich wird eine Jodoformemulsion einge-

spritzt und zurückgelassen, was die Blase gut verträgt. Anfangs wird dies 2mal, dann nur einmal täglich vorgenommen, schließlich in immer größeren Zwischenräumen. Selbst ein stundenlanges Bespülen der Blase mit heißem Wasser wird von ihr gut ertragen, und hat M. in einem Falle heftiger Blasenblutung, welche gar nicht zu stillen war, den heißen Wasserstrom ununterbrochen, 48 Stunden lang hindurchgehen lassen und hierdurch Heilung erreicht.

Die früher wohl zu rechtfertigende Erweiterung der Urethra ist jetzt nicht mehr erlaubt, da sie zuweilen Inkontinenz zurücklässt.

Die Reizung durch ein Instrument ist es nicht, welche den Ausgang für die Cystitis giebt, sondern einzig und allein die mit ihm eingeführten, Eiterung erregenden, Mikroorganismen. Die sorgfältigste Desinfektion der Katheter ist daher erste Pflicht, sie sollten in einer Sublimatlösung aufbewahrt werden. **Lühe** (Demmin).

---

8) **Pooley.** Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Amaurosis und Amblyopie in Verbindung mit Albuminurie Schwangerer.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1888. Februar 11. p. 187.)

P. verlangt, dass bei Schwangeren nicht allein regelmäßige Urinuntersuchungen, sondern auch Augenspiegeluntersuchungen vorgenommen werden, da sehr häufig jene noch keine Ergebnisse liefern, wo schon Sehstörungen mit charakteristischen Veränderungen des Augenhintergrundes vorhanden sind. In allen derartigen Fällen muss sofort zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt geschritten werden.

Lühe (Demmin).

---

9) **Fordyce Barker.** Bemerkungen über Albuminurie in der Schwangerschaft.

(Med. record 1888. Februar 11. p. 155.)

B. hat seine Anschauungen über die Entstehung der Albuminurie Schwangerer in der Neuzeit gänzlich geändert, früher neigte er sich der rein mechanischen Auffassung derselben zu, jetzt möchte er der Ansicht huldigen, dass es sich um eine wirkliche Nierenkrankheit mit anatomischen Veränderungen handele. Wenn auch selten, so kommen doch eine Reihe von Fällen zur Beobachtung, in welchen der Erkrankung in der Schwangerschaft wirkliche Bright'sche Krankheit folgt. Offenbar will er mit Recht diesen Namen nur auf die Nierenkrankheit angewendet sehen, welche man in Deutschland unter »Nierenschrumpfung« versteht, dagegen sie nicht auf jede Albuminurie, also auch nicht auf diejenige Schwangerer ausdehnen. Sicher gehen Diejenigen zu weit, welche die Einleitung der künstlichen Frühgeburt verlangen, sobald bei einer Schwangeren Albuminurie festgestellt ist, denn, während letztere bei 1 auf 25 Schwangere etwa vorkommt, kommt nur 1 Fall von Eklampsie auf 450—500 Schwangere und von solchen Kranken genesen auch noch viele.

In der Behandlung dieser Erkrankung der Schwangerschaft wird die Entlastung der Nieren von der vorhandenen Hyperämie eine Hauptaufgabe sein. Einerseits ist häufig Plethora der Unterleibsorgane und des Hirns vorhanden, andererseits ist aber auch oft die in der Schwangerschaft stets bestehende Hydrämie noch gesteigert und zu bekämpfen. Die letztere Reihe von Fällen wird die Anordnung einer kräftigen Ernährung, selbst mit Wein, erfordern, wogegen in der ersteren eine reizlose Milchkost und Abführmittel am Platze sind. In jedem Fall aber, in welchem die Entwicklung von Urämie bevorsteht oder schon eingetreten ist, wird die erste Anordnung immer ein Aderlass sein müssen, welcher die Plethora, sei sie auch eine seröse, zu beseitigen strebt. Sehr gute Dienste hat dem Verf. in letzter Zeit das Nitroglycerin geleistet, welches die arterielle Spannung und den Krampf der Hirn- und Nierenarteriolen herabsetzt, damit die Thätigkeit der Nieren anregt und zugleich die Nerven beruhigt.

Lühe (Demmin).

---

10) **Kelly**. Palpation und Sondirung der weiblichen Ureteren.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1887. December 17. p. 790.)

Nachdem er von Sänger gelernt hatte, die Ureteren durch die vordere Scheidenwand hindurchzufühlen, hat K. in allen gynäkologischen Fällen den Zustand der Ureteren untersucht. Er bedient sich dabei einer eigenen Methode, die Ureteren emporzuheben und mit den beiden Händen zu betasten, zum Katheterisiren der Ureteren benutzt er das Pawlik'sche Instrument, welches unter einem ganz charakteristischen Gefühl in die Uretermündung hineingleitet. Auf diese Weise soll die nöthige Geschicklichkeit leicht zu erlangen sein.

Lühe (Demmin).

---

11) **More Madden.** Über einige Punkte in der Pathologie und Behandlung der Cervixrisse.

(Provinc. med. journ. 1888. Februar 1. p. 52.)

M. hält es für sicher, dass in neuerer Zeit sich die Zahl der Cervixrisse nach Geburten vermehrt. Er schreibt das dem Umstand zu, dass es jetzt Mode geworden ist, zu wenden oder die Zange anzulegen, ohne die völlige Erweiterung des Muttermundes abzuwarten. So sehr er die Emmet'sche Tracheloraphie in geeigneten Fällen des Leidens schätzt, so erfolglos ist sie doch in solchen Fällen, in welchen ausgedehnte Risse mit erheblichem Substanzverlust lange Zeit bestehen, und von chronisch entzündlichen Zuständen der umgebenden Gewebe mit entzündlichen Ausschwitzungen begleitet sind. In solchen Fällen kann allein die Amputation der Portion Heilung bringen, freilich ist bei mehr als der Hälfte der so operirten Frauen keine Schwangerschaft mehr eingetreten. **Lühe** (Demmin).

---

12) **E. Hahn** (Berlin). Über Transplantation von carcinomatöser Haut.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 21.)

H. ist es gelungen bei einer an einseitigem Mammacarcinom leidenden Frau durch Transplantation carcinomatöser Haut auf die gesunde Brust hier ein von dem transplantirten Stück aus auf gesunde Partien der Haut übergreifendes Carcinom zu erzeugen.

Aus dieser Erfahrung zieht er für die Praxis den Schluss, dass man bei einer wegen Carcinom vorgenommenen Operation nicht nur alles Krankhafte entfernen, sondern auch darauf achten muss, dass von den zu entfernenden Theilen keine Implantation in der gesunden Umgebung stattfindet.

H. sieht in dem nicht selten vorkommenden Auftreten von Carcinomknötchen in den Nahtstichkanälen ein Analogon des Carcinomrecidivs nach Punctio abdom. im Stichkanal bei carcinomatöser Peritonitis und seines Transplantationsversuches. Er hält es für denkbar, dass, wenn man dieselben Instrumente, Pincetten, Muzeux', Scheren und Nadeln, die man zur Exstirpation des Carcinoms benutzt hat, auch zum Verschluss der Wunde anwendet, eine Übertragung des Carcinoms durch die Instrumente auf die gesunde Operationsfläche oder deren Umgebung auch bei sorgfältigster Desinfektion stattfinden kann und räth daher nach der Entfernung des Carcinoms zum Verschluss der Wunde andere Instrumente zu verwenden. **Graefe** (Halle a/S.).

---

13) **Aug. Caille** (New York). Sterilisirte Milch.

(Dietetic Gazette 1888. April. p. 9.)

Verf. hat auf einer Ferienreise in Würzburg den Soxhlet'schen Apparat kennen gelernt, auf die Empfehlung befreundeter Ärzte einen solchen Apparat mit nach New York genommen und eine Reihe von Versuchen mit demselben, so wie einige Kontrollversuche gemacht. Nach seinen Resultaten, welche im Wesentlichen mit den Soxhletschen übereinstimmen, hält er es für die Sache eines jeden gut geleiteten Haushaltes einen »Apparat« zu besitzen, um die Kindermilch in gehöriger Weise zu kochen und aufzubewahren. Im Interesse der Handlichkeit und allgemeinen Durchführbarkeit des Verfahrens hält er folgende Ausrüstung für genügend: 10 kleine Flaschen (150,0—180,0), Vorrichtung für Wasserbad, Stopfen nach Soxhlet, Bürste, kleineres Gefäß zum Erwärmen der einzelnen Flaschen, eine Anzahl Gummisauger. **Kreutzmann** (San-Franzisko).

Kasuistik.

14) **Sommer** (Berlin). Jahresbericht der geburtshilflichen Klinik der Charité pro 1886.

(Charité-Annalen XIII. Jahrgang.)

Die Zahl der Geburten betrug 1420. 1253 Kinder wurden lebend geboren. Die Mortalität an Puerperalfieber war in 18 Fällen = 0,55%, die Mortilität mit 34 = 2,3%.

Von sonstigen interessanten Punkten möchte Ref. einzelne hervorheben. Bei den 7 Gesichtslagen, welche sich nur einmal mit einem rachitisch platten Becken komplicirten, verlief die Geburt leicht und spontan. Von 4 Stirnlagen dagegen verlief nur eine bei einer Mehrgebärenden spontan, bei drei Iparae, von denen nur eine ein leicht allgemein verengtes Becken hatte, musste die Perforation vorgenommen werden. Einmal war dieselbe allerdings vorzüglich durch einen allgemeinen Hydrops des Kindes bedingt, welcher noch die Punktion der Leibeshöhlen erforderte. Im Ganzen wurde die Perforation 12mal gemacht, darunter 3mal am nachfolgenden Kopf. Hierbei ereigneten sich 3 Todesfälle, die alle einem zu späten Operiren zur Last fallen. Die Perforation des nachfolgenden Kopfes wurde je einmal bei einem rachitisch platten, bei einem allgemein verengten und bei einem allgemein verengten platten Becken nothwendig.

Scheidenhämatome wurden 4mal bei Iparae beobachtet, bei welchen die Austreibungsperiode schnell und stürmisch verlief.

Eklampsie kam 19mal zur Beobachtung mit 6 Todesfällen. Kein Fall starb, bei welchem die Eklampsie erst im Wochenbett aufgetreten war.

Die Resultate der künstlichen Frühgeburt waren sehr schlechte. In den betreffenden 2 Fällen starben die Kinder schon während der Geburt ab, und eine Mutter erlag der Puerperalfieberepidemie, die gerade zu der betreffenden Zeit herrschte.

Was die sonstigen Operationen anlangt, so wurde die Zange 36mal angelegt und erzielte 28 lebende Kinder.

Die Wendung, der sich nur einmal bei Plac. praevia die Extraktion nicht sofort anschloss, wurde 20mal vorgenommen, 10mal wegen Querlage und 10mal bei engem Becken. Sie erzielte 12 lebende Kinder.

Die manuelle Lösung der Placenta wurde 1mal wegen Fieber, 8mal wegen starker Blutung gemacht. Sämmtliche Wöchnerinnen hatten bis auf eine, die an einer Sublimatintoxikation erkrankte, ein normales Wochenbett.

Bezüglich der Erfahrungen über die Anwendung des Sublimats ist an anderer Stelle ausführlich berichtet. Fälle schwerer Ophthalmoblennorrhoe kamen Dank der Credé'schen Einträufelung auch in diesem Jahr nicht vor.

Dührssen (Berlin).

15) **Reynal-O'Connor.** Ein neues Speculum.

(Progrès méd. 1888. No. 9.)

Das Speculum besteht aus 2 Branchen, deren untere länger ist, als die obere, um besser in das Scheidengewölbe einzudringen. Diese untere Branche hat an ihrem in der Scheide befindlichen Ende einen kleinen, durch einen Stab von vorn her niederzulegenden und aufzurichtenden Hebel, um damit die Portio darauf zu legen und genau besichtigen zu können. Eine Schraube schraubt das Speculum und stellt es ein, so wie man es zu den gewöhnlichen Besichtigungen braucht. Eine zweite Schraube kann ihm einen weiteren Umfang — à la Sims — zu den größeren Operationen geben. Eine elektrische Lampe, klein genug, um sie in der Westentasche zu tragen, kann, wenn erforderlich, daran angebracht werden. Dies die Beschreibung, so gut sie sich ohne Abbildung geben lässt.

Glitsch (Königsfeld).

16) **E. Ill.** Akute Psychosen nach gynäkologischen Operationen.

(Separatabdruck aus Pittburgh med. Journ. 1888. Januar 16. p. 16.)

I. beschreibt 3 Fälle, in welchen gynäkologische Operationen: 1 Ovariotomie wegen Fibrosarkom des Ovarium, 1 eben solche wegen multilokulären Kystoms, 1 wegen Urinfistel, zeitweise Geistesstörung folgte, welche meist unter dem Bilde der akuten Manie beginnend, dann einen melancholischen Charakter annahm und 2—3 Wochen anhielt. In den ersten beiden Fällen war vorher kein Zeichen von geistiger Störung ersichtlich gewesen, während in dem letzten allerdings wenigstens große nervöse Reizbarkeit und Schlaflosigkeit vorangegangen war. Da in allen 3 Fällen Jodoform, wenn auch angeblich in »mäßiger« Menge, angewandt und erst nach dem Auftreten der Geistesstörung sorgfältig entfernt worden war, so bleibt

immerhin trotz des Widerspruchs des Verf. die Möglichkeit bestehen, dass es sich um Jodoformwirkung gehandelt habe. Die im ersten der Fälle die geistige Störung einleitende Kurzathmigkeit, Trockenheit der Haut, Röthung des Gesichts scheint darauf hinzudeuten. Fieber bestand stets dabei, wenigstens in der ersten Zeit. Was die Zeit des Eintritts der Geistesstörung betrifft, so begann dieselbe zweimal schon am 2., einmal am 8. Tag. Nachdem Ref. einmal nach Ausfüllung der Höhle eines gespaltenen Hygroma praepatellare mit etwa 3 Gramm Jodoform bei einem robusten Frauenzimmer schon Jodoformvergiftung eintreten sah, mit starken Delirien, Kurzathmigkeit etc., hält er die Möglichkeit eines derartigen Zusammenhangs auch in den angeführten Fällen nicht für ausgeschlossen.

Lühe (Demmin).

17) **Sinclair.** Bersten des Eisackes in den früheren Stadien der Tubenschwangerschaft, mit 2 Fällen.

(Separatabdruck aus dem Brit. med. journ. 1888. Januar 21. p. 4.)

Nachdem S. vor einigen Jahren einen plötzlichen Tod durch Bersten des Eisackes bei Tubenschwangerschaft eintreten sah, und die Diagnose durch die Autopsie bestätigt wurde, beschloss er in einem ähnlichen Fall schleunigst zum Bauchschnitt zu schreiten. Kürzlich fand er Gelegenheit hierzu bei einer Frau, bei welcher offenbar schon einmal eine Blutung stattgefunden und sich dann nach 2 Tagen wiederholt hatte. Es fand sich eine große Menge Blutes in der ganzen Bauchhöhle verbreitet vor, theilweise offenbar erst frisch ergossen, welches unmöglich ganz entfernt werden konnte. Nachdem der Eisack am Ende der rechten Tube aufgefunden war, wurde diese unterbunden und abgeschnitten, die Bauchwunde vernäht, aber eine Köberle'sche Glasröhre eingesetzt. Aus dieser erfolgte noch längere Zeit fortgesetzt Ausfluss von Blut, es wurde später ein immer kürzer abgeschnittenes Gummidrainrohr statt des Glasrohrs eingeführt und etwa 12 Tage in Stellung belassen, ohne Schaden zu thun. Es trat Genesung ein. Besonderes Gewicht legt S. darauf, die Bauchhöhle mit Salzlösung auszuspülen, welche das Blut auflösen und sterilisiren soll, so dass es dem sterilisirten Blutserum gleicht. Auch macht er darauf aufmerksam, dass man schon vor Eröffnung des Bauchfells das Blut durch dieses durchscheinen sieht. **Lühe** (Demmin).

18) **Wiborgh** (Schweden). Geborstene Tubarschwangerschaft, Laparotomie, Heilung.

(Eira 1888. No. 8.)

28jährige Frau, 2 Geburten. Letzte Menstruation December 1887, im März plötzliche Unterleibsschmerzen, Erbrechen, Collaps und gewöhnliche Zeichen interner Hämorrhagie. Stimulantia und Eisbehandlung; 12 Stunden später war der Zustand verschlimmert, daher Laparotomie. Nach Öffnung des Peritoneum Hervorwälzung großer Mengen Blut und Darmschlingen, die nicht zurückgehalten werden konnten, Peritoneum überall stark injicirt, das ganze kleine Becken mit Blut gefüllt, ca. 2 Liter. Uterus vergrößert, die rechte Tube 3—4mal vergrößert, am Abdominalende eine faustgroße Geschwulst sc. das geborstene Ei mit einem 4monatlichen Fötus; es waren keine Adhärenzen vorhanden. Nach Entfernung des Eies wurde die Tube mit Katgut ligirt, und die Blutung stand, danach Reposition der Gedärme. Nach der Operation war die Frau tief collabirt, der Verlauf war aber günstig ohne Spuren von Peritonitis. **Ingerslev** (Kopenhagen).

19) **O. Piering.** Über einen Fall von atypischer Carcinombildung im Uterus.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. VIII.)

In dem 6,3 cm langen Uterus fand sich im Fundus eine nahezu hühnereigroße und mehrere kleinere ins Cavum vorragende Geschwülste, die auf dem Durchschnitt schon dem freien Auge den Charakter des Epidermoidalkrebses darboten. Gleichzeitig an der hinteren Muttermundslippe mehrere erbsengroße Carcinomknötchen von gleicher Beschaffenheit. Außerdem zeigt die Corpusschleimhaut an vielen Stellen epidermis-

artiges Aussehen. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt den makroskopischen Befund, nur ist die ganze Corpusschleimhaut mit geschichteten platten Epithelzellen bekleidet. Nach P. ist dies der erste beobachtete Fall von primärem Pflasterepithelkrebs im Corpus uteri, bemerkenswerth auch wegen der Verhornung der Pflasterepithelien im Centrum der Zellhaufen. **W. Fischel** (Prag).

20) **Sinclair** (Manchester). Glykosurie bei der Lactation.

(Separatabdruck aus Med. chronicle 1886. Januar. London 1888. p. 16.)

Ganz zufällig wurde bei einer stillenden Frau, nachdem sie einige Zeit das Kind nicht angelegt hatte, und die Brüste angeschwollen waren, der Urin untersucht und Zuckerreaktion gefunden. Später wurde grundsätzlich der Harn aller Wöchnerinnen untersucht und festgestellt, dass bei allen während des Entwöhnens Glykosurie eintrat, sobald sich Spannung und Schwellung der Brüste geltend machte. Oft dauerte dieser Zuckergehalt des Harns recht lange an, meist in schwankender Menge, welche dem Grade der Spannung in den Brüsten entsprechend erschien. Die Untersuchung machte es wahrscheinlich, dass es sich um Milchzucker handele und wurde dieser offenbar, nach der Anstauung in der Brust unter hohem Druck, wieder aufgesogen und im Harn dann ausgeschieden. Das Kaseïn und Fett der Milch scheint nicht wieder aufgesogen zu werden. **Lühe** (Demmin).

21) **Brouardel** (Paris). Überstürzte Geburt, Geburt post mortem.

(Gaz. des hôpitaux 1888. No. 13.)

Eine gerichtsärztliche Explikation ist es, die B. hier abgiebt. Kann eine rasche Geburt den Fall des Kindes auf den Boden zur Folge haben, und kann dieser Sturz einen Schädelbruch nach sich ziehen?

Ein Arzt hat 100 Frank den Gebärenden geboten, die stehend, ohne sich zu bücken, gebären würden. Nur eine einzige führte das Kunststück aus, schützte aber ihr Kind vor dem Fall doch noch durch rasches Zugreifen. Die Nabelschnur, gewöhnlich 50—60 cm lang, bietet dem Kind auch noch einen Schutz, da sie, wie sich B. durch Experimente überzeugt hat, nicht zerreißt. Verf. hält somit einen Schädelbruch des Kindes bei der Geburt für unmöglich und nur auf Budin's Beobachtung hin, der zweimal eine ganz gesunde Nabelschnur bei einer Geburt in horizontaler Lage zerreißen sah, giebt er an, dass man in zweifelhaften Fällen alle einschlägigen Bedingungen genau prüfen und berücksichtigen müsse. Auch eine Geburt post mortem bestreitet er. Immer ist in solchen Fällen die Geburt in vollem Gang gewesen und wird das Kind wirklich nach dem Tode noch ausgetrieben, so sind es die sich entwickelnden Gase, die den Fötus exprimiren.

Glitsch (Königsfeld).

22) **Braxton Hicks** (London). Über Kontraktionen der Gebärmutter während der ganzen Schwangerschaft.

(Lancet 1888. Januar 14. p. 65.)

Vor 16 Jahren hat H. zuerst auf die Thatsache aufmerksam gemacht, dass die Gebärmutter während des ganzen Verlaufes der Schwangerschaft sich in regelmäßigen Zwischenräumen von 5 zu 20 Minuten kontrahirt, und dass diese Kontraktionen von 3 zu 5 Minuten andauern. In den ersten 4 Monaten der Schwangerschaft bedarf es kombinirter Untersuchung, um die Thatsache zu konstatiren, später genügt das Auflegen der Hand oberhalb der Symphyse, während die Kranke tief einathmet. **Engelmann** (Kreuznach).

23) **Homans** (Boston). Laparotomie wegen tuberkulöser Peritonitis.

(Lancet 1888. Februar 11. p. 268.)

H. berichtet über 2 Fälle. Der erste betraf ein 21jähriges Mädchen. Es wurden 6 Liter Flüssigkeit entleert, Peritoneum und Darm waren mit Knötchen bedeckt, doch konnte Tuberkelbacillus nicht nachgewiesen werden. Zehn Tage nachdem die Bauchwunde geschlossen war, zeigte sich der Unterleib wieder von Flüssigkeit ausgedehnt, die Narbe öffnete sich und während eines Jahres ergoss sich Flüssigkeit, während die Pat. sich rasch erholte und vollständig genaß.

Im 2. Fall handelte es sich um ein 17jähriges Mädchen. Die Anschwellung des Leibes war sehr langsam gewachsen, die Diagnose lautete auf Ovarien- oder Parovariencyste. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle zeigte es sich, dass die Flüssigkeit sich frei in derselben fand und das Bauchfell mit Knötchen übersät war, welche von dem pathologischen Anatomen für Tuberkel erklärt wurden. Drainage während dreier Tage, dann Heilung. **Engelmann** (Kreuznach).

24) **W. Wiedow** (Freiburg i./B.). Über den Zusammenhang zwischen Albuminurie und Placentarerkrankung.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 2.)

Nach einer kurzen Wiedergabe einer Reihe kasuistischer Mittheilungen aus der älteren Litteratur berichtet W. über 6 in der Freiburger Frauenklinik beobachtete Fälle, in welchen bei an Nephritis leidenden Schwangeren post partum eine Placentarerkrankung, bestehend in den sog. weißen Infarkten, nachgewiesen wurde. Bei 4 der Kreißenden resp. Schwangeren traten mehr oder minder heftige und zahlreiche eklamptische Anfälle auf. Eine ging in Folge von Blutung in partu zu Grunde; bei einer zweiten erfolgte eine solche, wurde aber zum Stehen gebracht. Drei Frauen gebaren auffallend schlecht entwickelte Kinder, 2 todtfaule. Bei der in partu Verstorbenen fanden sich Zwillinge, deren einer mumificirt war.

Eine Placenta wurde von W. einer genauen makro- und mikroskopischen Untersuchung unterworfen, als deren Resultat sich ergab, dass die sich zahlreich vorfindenden weißen Knoten im Wesentlichen das Produkt einer Coagulationsnekrose der Zottenepithelien waren. Dass das fädige Fibrom bei der Entstehung derselben eine hervorragende Rolle spiele, ließ sich nicht nachweisen.

In der Frage nach dem Zusammenhang der Placentarveränderung und der Albuminurie tritt W. im Allgemeinen auf die Seite Jener, welche in der letzteren die Ursache der ersteren sehen. Er will diese Annahme aber aus verschiedenen Gründen nicht auf alle Fälle ausgedehnt sehen. Bei der Mehrzahl der Kranken handelt es sich um einfache Schwangerschaftsnieren, welchen ein derartig deletärer Charakter nicht zugeschrieben werden kann. Ferner findet sich bei an Nephritis leidenden Frauen oft eine normale Placenta. Auch das wiederholte Erscheinen der ersten Symptome von Nierenreizung längere oder kürzere Zeit nach erfolgtem Absterben der Frucht spricht gegen jenen Kausalnexus. Weiter erfolgt zuweilen die Ausstoßung der Frucht unmittelbar nach dem Auftreten der Albuminurie und es finden sich Veränderungen in der Placenta, deren Beginn weit vor das erste Auftreten der klinischen Symptome verlegt werden muss. Schließlich ist es, wenn man Nephritis als Ursache annimmt, unverständlich, dass bei Zwillingen die eine Placenta erkrankt, die andere aber keine Veränderungen zeigt.

Eine einheitliche Erklärung der interessanten Fälle lässt sich also zur Zeit noch nicht geben. **Graefe** (Halle a/S.).

25) **M. Reclus.** Cysten in der Brust.

(Gaz. des hôpitaux 1888. No. 22.)

Zwei harte ungleichförmige Tumoren in der weiblichen Brust verleiteten zum Verdacht auf Krebs oder Fibrom. Die Punktion zeigt jedoch, dass es Cysten sind, sie treten immer auf beiden Seiten auf und sind hart und prall. Die Krankheit ist überhaupt erst in 29 Fällen beobachtet worden. **Glitsch** (Königsfeld).

26) **Bergwall** (Schweden). Fall von Vagitus uterinus.

(Eira 1888. No. 12.)

Als solcher wird folgender Fall beschrieben. 40jährige Frau, zwei frühe Todtgeburten. Bei der 3. Geburt Vorfall einer Nabelschnurschlinge; eine zufällig anwesende Freundin hatte vor Ankunft der Hebamme die Schlinge an zwei Stellen ligirt und dazwischen durchschnitten. Die Geburt des todten Kindes wurde später durch eine leichte Zange von der Hebamme beendet. Zwei Tage nach der Geburt starb die Frau. Dem unmotivirten Eingriffe während der Geburt zufolge wurde die medico-legale Obduktion von der Obrigkeit verlangt, dieselbe aber erst 9 Tage später ausgeführt. Die Verwesung war aber nur gering, weil die Leich-

name im kalten Raume unter dem Frierpunkte aufbewahrt waren. Bei der Sektion des Kindes fanden sich die vorderen oberen Lungenpartien lufthaltig, scharlachroth, im Wasser schwimmend. Verwesungsblasen wurden nicht gefunden. Die Konklusion war, dass das Kind durch Erstickung getödtet war und intra-uterin Luft inspirirt hatte. Die Sektion der Mutter ergab Peritonitis.

Ingerslev (Kopenhagen).

27) **E. Küster** (Berlin). Über die Sackniere (Cystonephrosis).
(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 19—22.)

K. schlägt vor an Stelle der bisher gebräuchlichen Bezeichnungen Pyo- und Hydronephrose die als Sackniere (Cystonephrose) treten zu lassen. Da es einerseits selten möglich ist aus der Anamnese oder den Symptomen mit Sicherheit auf die Beschaffenheit des Inhaltes solcher Säcke zu schließen, andererseits höchst wahrscheinlich die Pyonephrose in die Hydronephrose übergeht und umgekehrt. Für die Entstehung des Leidens stellt er, abgesehen von jenen Fällen, wo Steinbildung im Nierenbecken oder narbige Verengerungen in den Ureteren das ätiologische Moment abgeben, eine neue Hypothese auf. Durch eine erhebliche Schwellung der gesammten Schleimhaut in Folge von Nierenbeckenkatarrh soll die Lichtung der Harnleitermündung verengert werden, dann bei reichlicher Urinabsonderung sich in Folge dessen ein Missverhältnis zwischen der Sekretmenge und dem Umfang der abführenden Wege ausbilden, sich also Stauungen entwickeln. Bei vermehrtem intrarenalen Druck wird die geschwollene Schleimhaut, welche auf ihrer Unterlage beweglich ist, nach der Richtung des Abflusses verschoben, und so direkt eine Falte gebildet, welche ein immer wachsendes Hindernis für den Urinabfluss darstellt. Ob sich ein ziemlich eiterfreies oder mehr eiterhaltiges Sekret ansammelt, hängt von dem Grad der Entzündung ab, in welchem sich die Schleimhaut des Nierenbeckens und der Nierenkelche befindet.

Eine eingehende Besprechung widmet K. der Differentialdiagnose. Hier sei nur kurz das referirt, was er über den Unterschied der Sackniere und der aus dem kleinen Becken aufsteigenden Geschwülste in dieser Hinsicht sagt, da dieser Punkt gerade für den Gynäkologen von wesentlichem Interesse ist. Vor Allem ist zu beachten, dass eine Sackniere sich fast immer gegen das kleine Becken durch eine tympanitische Zone abgrenzen lässt, während dies bei den aus dem Becken aufsteigenden Tumoren nicht der Fall ist. Ein fundamentaler Unterschied besteht gegenüber fast allen in der Bauchhöhle entstandenen Geschwülsten in dem Verhalten der Dämpfung. Erstere legen sich mit wenigen Ausnahmen sehr bald der vorderen Bauchwand an, so dass sie der fühlbaren Kuppe entsprechend Dämpfung zeigen; die Nierentumoren dagegen weisen mindestens in ihrer medialen Hälfte tympanitischen Schall auf. Besonders wichtig ist das Verhalten des auf- oder absteigenden Dickdarmes.

Mit wenigen Ausnahmen drängen die Nierengeschwülste in Folge ihres vorwiegenden Wachsthums nach außen und vorn, das Colon nach vorn oder nach vorn und einwärts, so dass das Darmstück in der Regel an der Vorderseite des Tumors nach abwärts läuft. Demnach ist die Lumbalgegend bis über die Axillarlinie nach vorn gedämpft, während alle intraperitonealen Geschwülste die Lumbalgegend tympanitisch erscheinen lassen. Doch kann es vorkommen, dass der Dickdarm durch die große Geschwulst zusammengedrückt wird, so dass er durch Perkussion nicht nachweisbar erscheint. Um sich hierüber zu vergewissern, räth K. das ganze Colon mit Luft aufzublähen (mittels eines in das Rectum eingeführten Schlundrohres, welches mit einem Blasebalg oder einem Gebläse mit Doppelballon in Verbindung gesetzt ist), wodurch die Lage des Darmes sehr schnell nachweisbar wird.

Nachdem Verf. noch die Differentialdiagnose gegenüber anderen Nierengeschwülsten besprochen, erörtert er die Frage, ob bei Behandlung der Sackniere die Nephrotomie oder die Nephrektomie zu wählen sei. Er entscheidet sich für die letztere als die weniger gefährliche. Die Befürchtung, dass nach ihr in der Regel eine Nierenfistel zurückbleibe, ist nicht zutreffend. Von 11 durch K. operirten Kranken war dies nur bei einem der Fall.

Wahrscheinlich ist die Operationsmethode von wesentlicher Bedeutung für den Erfolg. Für die Eröffnung der Sackniere kommt die Laparotomie, welche für gewisse Neubildungen der Niere geradezu geboten sein kann, gar nicht in Betracht, sondern nur der Lumbalschnitt. K.'s von anderen etwas abweichende Operationsmethode besteht im Wesentlichen in Folgendem: Bei dem in halber Gesichtslage liegenden Kranken wird die kranke Lumbalgegend durch eine unter die gesunde Seite geschobene starke Rolle möglichst hervorgedrängt. Der Schnitt beginnt genau in der Mitte zwischen der 12. Rippe und dem Darmbeinkamm am äußeren Rand des M. sacrolumbalis und wird dem Beckenrand parallel 10—13 cm horizontal nach auswärts geführt. Man durchtrennt dann den lateralen Rand des Latissimus dorsi, weiter auswärts die 3 Bauchwandmuskeln, schließlich die sehr dünne Fascia transversa und befindet sich nun in der Nierenkapsel.

Die weiteren Details des K.'schen Operationsverfahrens so wie über die 13 von ihm mitgetheilten interessanten Operationsgeschichten müssen im Original eingesehen werden. **Graefe** (Halle a/S.).

28) **Duplay** (Paris). Die Behandlung der Blasenscheidenfisteln.

(Gaz. méd. 1888. No. 8.)

D. empfiehlt die kleinen Fisteln durch Ätzung mit Argentum nitr. zur Heilung zu bringen, bei den größeren das amerikanische Operationsverfahren anzuwenden, was in der Anfrischung der Schleimhaut der Scheide, nicht der der Blase besteht.

Glitsch (Königsfeld).

29) **Meyer** (Berlin). Supravaginale Uterusamputation wegen Myom.

(Charité-Annalen XIII. Jahrgang.)

M. veröffentlicht aus der gynäkologischen Klinik von Gusserow 4 komplicirte Myomfälle. In 2 Fällen handelte es sich um Zerfall des Myoms mit Durchbruch der Kapsel, 1mal im Anschluss an eine Fehlgeburt, 1mal spontan bei einer Virgo intacta, die nie untersucht worden war. Beide Pat. kamen bereits fiebernd zur Operation. Nur die erste wurde durch die Operation gerettet, die zweite erlag einer septischen Peritonitis. Die Stielbehandlung war bei beiden, so wie auch dem dritten Fall eine intraperitoneale. Der dritte Fall kam ebenfalls fiebernd zur Operation, und bei derselben fand sich eine eitrige Parametritis, von welcher der Operateur von einem Nadelstich aus eine Lymphangitis acquirirte. Erst nach $4^1/_2$ Wochen starb die Pat. an einer eitrigen Peritonitis. In dem 4. Fall erforderte ein cystisches Myom, welches fest im Douglas verwachsen war und in Folge dessen nicht ganz entfernt werden konnte, die extraperitoneale Stielbehandlung. Der Fall verlief ebenfalls letal. Mit Rücksicht auf die Thatsache, welche auch wieder durch die beschriebenen Fälle erhärtet wird, dass bei größeren Myomen leicht Komplikationen auftreten, welche die Prognose der Myomotomie ganz erheblich verschlechtern, räth M. bei größeren Myomen gewissermaßen prophylaktisch frühzeitig zu operiren, um es nicht zur Entstehung solcher Komplikationen kommen zu lassen. Wenn auch nach den mitgetheilten Fällen die Gusserow'sche Mortalitätsstatistik eine sehr hohe erscheint, so kann Ref. in dieser Beziehung die Mittheilung machen, dass dieselbe keine schlechtere ist, als die der anderen Operateure, weil den beschriebenen ungünstigen Fällen eine viel größere Reihe glatt verlaufener supravaginaler Amputationen gegenüberstehen, welche seit der letzten Publikation Gusserow's (Charité-Annalen XI. Jahrgang) noch hinzugekommen sind.

Dührssen (Berlin).

Berichtigung. In No. 36 p. 588 Z. 4 v. u. lies: H. Hammer statt: H. Hammel.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 42. Sonnabend, den 20. Oktober. 1888.

I. Bericht über die Verhandlungen der gynäkologischen Sektion der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Köln a/Rh., vom 17.—23. September 1888.

Von

Dr. Zeiss in Erfurt.

(Fortsetzung.)

Herr Flothmann (Ems). a) Anencephalus.

Als Vortr. zu der Geburt kommt, ist der Kopf bereits geboren, während der Rumpf noch zögert. Durch Einsetzen des stumpfen Hakens in die Achselhöhle wird er entwickelt. Auf dem Scheitel und auf beiden Seitenwandbeinen eine blaurothe, mehr oder weniger zerklüftete Geschwulst, die von den Hautdecken des Kopfes nicht überzogen war, und zunächst als vorgefallene Hirnmasse gedeutet wurde. Das Kind, 4000 g schwer, wurde zur Untersuchung an Herrn Prof. Arnold, Heidelberg, geschickt.

An Stelle des Hirns fand sich eine blutreiche Bindegewebsmasse, die aus cystösen Wucherungen der Pia bestand, mit spärlich beigemengter Hirnsubstanz, in Form kleiner Klümpchen eingesprengt. Wirbelkanal intakt; eben so das Rückenmark. Äußere und innere Genitalien tragen männlichen Habitus; die Hoden noch in der Bauchhöhle; hinter den Vesic. semin. liegt ein ziemlich großer Uterus, ohne

Andeutung von Tuben, seine Vagina mündet im Bereiche der Collicul. semin. also: Pseudohermaphroditismus masculinus.

b) Frau mit rudimentären Genitalien.

F. hält den Fall für ein Unicum. Die Frau ist 24 Jahre, verheirathet seit 3 Jahren, hat nie menstruirt, nie Molimina gehabt. An Stelle des Introïtus vaginae findet sich eine kleine Einbuchtung, Harnröhre sehr weit, für einen Finger durchgängig, ohne Inkontinenz. Die Lig. rotunda vereinigen sich bogenförmig hinter der Blase und bergen in sich als 3 kleine Knötchen die beiden rudimentären Ovarien und den kaum größeren Uterus. Tuben, Lig. lata und Vagina fehlen. Der äußere Typus der Frau ist ein durchaus weiblicher.

Beide Vorträge werden durch Abbildungen erläutert.

Sitzung am 19. September 1888.

Vorsitzender: Herr Rheinstädter (Köln).

Herr A. Schücking (Pyrmont): Die vaginale Ligatur des Uterus und ihre Anwendung bei Retroflexio und Prolapsus uteri.

Als ich mich vor mehreren Jahren mit der Aufgabe beschäftigte eine gefahrlose und sichere Methode ausfindig zu machen, um den retroflektirten und prolabirten Uterus dauernd und ohne Stützmittel in eine normale Lage zu bringen, boten sich mir zwei Wege, die geeignet schienen zu diesem Ziele zu führen. Zunächst war die Möglichkeit vorhanden von der Uterushöhle aus eine Ligatur nach den Bauchdecken zu anzulegen. Ein derartiges Vorgehen hätte indess die Gefahr einer Darmverletzung und einer späteren Darmknickung mit sich gebracht — auch war eine Infektion auf diesem Wege nicht sicher ausgeschlossen. Bei der Entfernung des Fundus uteri von den Bauchdecken wäre ferner bei den resultirenden Spannungsverhältnissen ein dauernder Erfolg von einer Operation nicht zu erwarten gewesen, die nur zu einer Verklebung von geringer Ausdehnung führen konnte. Es war aus diesen Gründen das vorgesteckte Ziel nur zu erreichen durch die Anlegung einer Naht, vermittels deren der Fundus uteri vorn und seitlich an die Vaginalwand fixirt wurde und eine Verklebung des Peritonealüberzuges des Uterus mit dem tiefsten Theile der Vesicouterinfalte resp. mit dem seitlich von dieser Falte liegenden Theil des Peritoneums herbeigeführt wurde. Dieses Vorgehen ermöglichte zugleich eine Fixirung des Uterus in schärfster spitzwinkliger Anteflexionsstellung. Gerade letzterer Moment ist von größter Wichtigkeit. Eine Fixirung des Uterus an die Bauchdecken wird immer nur eine Anteversio und Antepositio des vorher retroflektirten Organs zur Folge haben. Dass dieses Verhältnis bei Dehnung der Narbe der Entstehung einer Retroflexio weit günstiger ist als wenn das Organ längere Zeit spitzwinklig anteflektirt war und seine vordere Wand mit einer Narbe von größerer Ausdehnung der vorderen Beckenwandung adhärent geworden ist, liegt wohl auf der Hand. Einer Ligatur vom Fundus uteri nach einer vorderen seitlichen Scheidenpartie stellten sich indess noch mehrfache Bedenken entgegen. War es erlaubt und ungefährlich den Uterus unter Beobachtung aller Vorsichtsmaßregeln mit einer starken Nadel zu perforiren? Bei einem genügend desinficirten Genitalkanal und einer Nadel, wie sie aus dem hier demonstrirten Instrument vorspringt, war diese Frage unbedingt zu bejahen. Unzählige Male ist der Uterus bereits perforirt worden mit stumpfen gewiss nicht selten schmutzigen Instrumenten und bei ungereinigtem Genitalkanal und selbst in diesen Fällen, in denen die Infektionsbedingungen so günstig wie nur denkbar schienen, sind meines Wissens gefährliche Folgeerscheinungen nicht bekannt geworden. Ein anderes Bedenken verursachte die Nothwendigkeit der Umgehung der Blase bei Anlegung der Ligatur. Aber auch dies Bedenken ist hinfällig, denn man kann die Blase, während die Naht angelegt wird, mit einer Sonde stark zur Seite drängen — sollte indess trotz aller Vorsicht die Nadel die Blasenwandung mit erfassen, so ist dies nach meinen Erfahrungen ohne größere Bedeutung, da der feine Stichkanal nach Entfernung des Fadens sich sofort schließt. Wenigstens verliefen die 3 Fälle, in denen ich die Blasenwandung mitgefasst hatte, eben so günstig als die 12 anderen. Eine Darmverletzung ist mit absoluter Sicherheit auszuschließen, da der Faden die Stelle passirt, die unmittelbar vorher von der Blase eingenommen wurde. Bei festen Ad-

häsionen aber habe ich die Operation nicht gemacht. Endlich schien es schwierig ein Instrument zu konstruiren, dessen Nadel man derartig rückläufig zu bewegen im Stande war, dass dieselbe nach Durchbohrung des Fundus wieder zur vorderen Scheidenwand hervortrat. Wenn der nicht prolabirte oder stark descendirte Uterus auch noch so tief heruntergezogen wird, so steht der Fundus, namentlich bei einer Vergrößerung des Organs, noch immer ziemlich hoch über dem Theil des absteigenden Schambeinastes, unter dem die Nadel durchgeführt wird. Dies Verhältnis wird natürlich um so ungünstiger ausfallen, je spitzer in dem betreffenden Fall der Winkel des Schambogens ist. Ein weiteres Desiderat, das an das Instrument gestellt werden musste, bestand darin, dass die Nadelspitze während ihres Durchgangs durch die Uterinhöhle gedeckt blieb, da es sonst kaum zu erreichen war, dass die Nadel vornehmlich, bei Virgines, ohne weitere Vorbereitungen den Fundus erreichte. Aus letzterer Veranlassung, wie auch aus dem Grunde, dass es rathsam war die Perforationsöffnungen recht klein ausfallen zu lassen, musste das Instrument möglichst fein und doch haltbar genug konstruirt sein.

Unter Benutzung des nach diesen Principien vom Instrumentenmacher Loewy in Berlin konstruirten Instrumentes gestaltete sich die vorzunehmende Manipulation nun folgendermaßen. Es wurde zunächst für gründliche Desinfektion des Genitalschlauches Sorge getragen. Ich habe zur größeren Sicherheit einige Stunden vorher einen mit 3%iger Karbolsäurelösung getränkten Tampon in die Vagina gelegt und das Endometrium vermittels der Aluminiumsonde mit Jodtinktur, Karbolsäure oder Chlorzinklösung gründlich desinficirt. Das nicht erkrankte Endometrium pflegt ja von Spaltpilzen frei zu sein, bei Abnormitäten der Lage beobachten wir indess auch fast immer pathologische Veränderungen an der Uterusschleimhaut.

In den 12 von mir operirten Fällen von Retroflexio habe ich 8mal die Ligatur ohne Narkose angelegt, in den 3 Fällen von Uterusprolaps habe ich stets ohne Narkose operirt. Während bei Prolaps die Narkose völlig entbehrlich ist, möchte ich dieselbe für die größere Anzahl der Fälle von Retroflexio doch empfehlen. Das Herabziehen des Uterus kann namentlich, wenn Adhäsionen vorhanden, doch recht schmerzhaft sein. Pat. befindet sich in Steißrückenlage. Nachdem der Urin entleert und in die Vagina das untere Blatt eines Simon'schen Speculums eingeführt ist, wird in die vordere Muttermundlippe eine lange Muzeux'sche Hakenzange eingesetzt und der vorher retroflektirte Uterus vermittels einer starken Uterussonde in Anteflexionsstellung gebracht. Hierauf wird das mit einem starken in 5%iger Karbolsäurelösung ausgekochten Seidenfaden versehene Instrument bei zurückgezogener Nadel bis zum Fundus uteri eingeführt. Man zieht nunmehr mit der rechten Hand, die zugleich die Muzeux'sche Zange und den Nadelträger hält, den Uterus stark nach unten, und zwar so, dass der Muttermund nach links, der Fundus etwas nach rechts steht. Unter kurzen hebelnden Bewegungen sucht man vielmehr den Fundus uteri so zu stellen, dass man mit dem Zeigefinger der linken Hand die Stelle bestimmen kann, an der sich die Spitze des Instrumentes befindet. Man wird gut daran thun erst jetzt von dem Assistenten die Blase nach links drängen zu lassen. Jetzt wird mit dem Daumen der rechten Hand die Nadel langsam vorgeschoben und während dieses Vorschiebens das Instrument um ein Weniges stärker gesenkt, worauf die Nadel nicht ohne Anwendung eines stärkeren Druckes unter dem Zeigefinger der linken Hand zu erscheinen pflegt. Wir möchten rathen das Instrument etwas schonend zu behandeln, da dasselbe bei Anwendung größerer Gewalt verbogen werden könnte. Bei Frauen, die geboren haben, deren Uterus nicht vergrößert und deren Schambogen recht flach ist, gelingt die beschriebene Manipulation sehr leicht — spielend leicht ist die Ausführung der kleinen Operation bei Descensus uteri, so wie bei Prolapsen des Organs. Man erfasst nunmehr mit einem krummen Häkchen den Faden, zieht diesen etwas vor und schneidet ihn von der Nadel ab. Das Instrument wird hierauf auf demselben Wege entfernt, auf dem es eingeführt war und werden nunmehr die beiden Fadenenden mit einem chirurgischen Knoten fest verknüpft und nicht zu kurz abgeschnitten. Zum Schluss wird ein Jodoformstäbchen in die Blase und ein eben solches in die Scheide geschoben. Die Manipulation ist hiermit beendet. Zur Vorsicht habe ich nunmehr

24 Stunden lang eine Eisblase auf den unteren Theil des Abdomens legen lassen und um die Spannung des Fadens etwas zu vermindern, die Beine im Hüftgelenk etwas beugen lassen. Nach 3 Tagen durften die Pat. bereits im Bette aufsitzen und vom 5. und 6. Tage an erlaubte ich ihnen umherzugehen. Bis zur Entfernung der Ligatur wurde ihnen alle 2—3 Tage ein Jodoformbacillus in die Vagina gelegt. Fieber trat in keinem meiner Fälle ein, nur hin und wieder wurde über geringe Schmerzen geklagt. Eine nahezu konstante Erscheinung waren in allen 12 Fällen von Retroflexio Blasenbeschwerden — dagegen waren nach allen Fällen von Prolaps des Organs die früheren Blasenbeschwerden nach der Operation verschwunden. Wenn wir uns die topographischen Verhältnisse des Uterus und der Blase vergegenwärtigen und vor Allem in Betracht ziehen, dass bei Retroflexio uteri die Blase vom Druck des Uterus völlig befreit war, so können solche Beschwerden unmittelbar nach Herstellung einer spitzwinkligen Anteflexio nicht Wunder nehmen. In einem Falle trat nach der Operation einen Tag lang Incontinentia urinae auf, in einem zweiten Falle musste die Kranke 2 Tage lang katheterisirt werden, in 4 Fällen musste das erste Mal nach der Operation katheterisirt werden, in den anderen 9 Fällen war es überhaupt nicht nothwendig nach dem Eingriff zu katheterisiren. Wie ich schon oben bemerkte hatten sich in 3 Fällen einige Tropfen Blut in die Blase ergossen — ein Zeichen, dass die Blase nicht genügend zur Seite gedrängt und von der Ligatur mit erfasst worden war — indess zog dieser Umstand durchaus keine unangenehmen Folgen nach sich. In sämmtlichen 15 Fällen waren nach Entfernung der Ligatur die Blasenbeschwerden völlig verschwunden.

Die Entfernung der Fäden geschah im ersten Fall von Retroflexio nach 6, in den weiteren 11 Fällen von Retroflexio vom 9.—14. Tage. In den 3 Fällen von Prolaps wurde der Faden nach 3 Wochen entfernt. In sämmtlichen Fällen hatte der Faden in die vordere Collum-, so wie in die Vaginalwand eingeschnitten, indess zeigte sich stets die hinter dem Faden liegende Partie wieder zugeheilt. Es ist anzunehmen, dass in derselben Weise wie am Muttermund und an der Vaginalwand der Faden auch am Fundus uteri langsam einschneidet, während das hinter ihm liegende durchschnittene Gewebe wieder zuheilt. Diese lineare Beschaffenheit der Narbe erklärt uns, warum die Verklebung zwischen der vorderen Corpuswand und dem gegenüber liegenden Theil des Peritoneums eine so innige wird, trotzdem nur eine einzelne Ligatur angelegt ist. Ich möchte nach meinen Beobachtungen annehmen, dass diese Verklebung von der Höhe des Fundus bis zur vorderen Umschlagsfalte des Peritoneums, also bis etwa zur Gegend des inneren Muttermundes reicht.

Das Resultat, das ich mit meiner Methode erzielte, war folgendes. Mit Ausnahme des ersten Falles von Retroflexio, der nicht mitzurechnen ist, da ich die Ligatur zu früh entfernte, erreichte ich in sämmtlichen Fällen von Retroflexio eine vollständige Heilung, eine ausgesprochene Anteflexionsstellung und in den Fällen von Prolaps eine eben solche Beseitigung des Prolapses. Bei zwei Retroflexionen waren Adhäsionen vorhanden, indess war der Uterus noch mäßig beweglich. Über den 2. Fall von totalem Prolaps, der 18 Jahre bestanden hatte, habe ich noch in diesen Tagen von dem behandelnden Kollegen Herrn Kreisphysikus Heilmann in Melle Nachricht erhalten. Die Operation war am 16. Juli vorgenommen und am 14. September, also nach 2 Monaten, berichtet der Herr Kollege, dass nach kombinirter Untersuchung durchaus noch keine Änderung in dem erhaltenen günstigen Resultat eingetreten sei.

Mit der Beseitigung der Retroflexio waren auch die von dieser Anomalie herrührenden übrigen krankhaften Erscheinungen, wie Druck im Becken, Kreuz- und Kopfschmerzen, Dysmenorrhoen und Menorrhagien in den meisten Fällen verschwunden. Auch die Endometritis und die Metritis des Organs pflegte in ganz ausgesprochener Weise durch die Beseitigung der fehlerhaften Lage günstig beeinflusst zu sein. So führte in 3 Fällen die Behandlung zur sofortigen Beseitigung eines früher bestandenen hochgradigen Fluors. Ich bemerke noch, dass nach Entfernung des Fadens die spitzwinklige Anteflexio sofort verschwindet und der Uterus in normaler Stellung leicht anteflektirt gefunden wird. Sogenannte Anteflexionsbeschwerden habe ich in keinem meiner Fälle nach Entfernung des Fadens beobachtet. Ich hoffe, dass ich mit diesem Berichte, den wesentlichsten Gesichtspunkten,

von denen aus mein Vorgehen beurtheilt werden könnte, gerecht geworden bin. Ich glaube, dass kaum ein plausibles Bedenken gegen die vaginale Ligatur des Uterus vorgebracht werden könnte, das ich nicht selbst gehegt hätte, ehe ich mich zu der geschilderten Behandlung entschloss. Meine Erfahrungen, so wie die Mittheilungen von Kollegen (der Chefarzt der städtischen Krankenanstalten in Danzig: Herr Dr. Baum, theilte mir in diesen Tagen mit, dass er das Verfahren, so weit sich dies bis jetzt beurtheilen lasse, mit gutem Erfolg angewandt hätte und noch in einer Reihe geeigneter Fälle anzuwenden gedenke, lassen mich annehmen, dass meine Methode in allen Fällen von beweglicher Retroflexio und von Uterusprolaps so wie in vielen Fällen von adhäsiver Retroflexio eine einfache gefahrlose und sicher zum Ziele führende Behandlungsweise genannt werden kann.

Orig.-Ref.

Diskussion. Herr Rheinstädter (Köln) versteht nicht, wie die Peritonealflächen, welche durch die Schücking'sche Operation doch einfach glatt auf einander gelegt würden, verheilen sollen. Gesunde Serosaflächen pflegen dies in der Regel nicht zu thun.

Herr Schücking bemerkt, dass gerade durch das feste Anziehen der Fäden diese einschnitten und so breitere verklebungsfähige Flächen entständen, die, wie der Erfolg auch in dem von Baum (Danzig) operirten Falle zeige, dann, einmal verheilt, wohl fähig seien, das Organ in situ zu halten.

Herr Schmidt (Köln) operirte bei Retroflexion, der auf keine andere Weise beizukommen war, folgendermaßen: präparirte die vordere Uteruswand frei, schnitt einen Keil (Spitze gegen den Cervicalkanal gerichtet) aus dieser heraus und vereinigte diesen Defekt, um so den Corpus nach vorn zu ziehen und die Anteflexion herzustellen.

Herr Frank (Köln). Mit der operativen Behandlung der Retroversio-flexio sind ja die Gynäkologen jetzt eifrig beschäftigt, auch ich habe mich schon mehrere Jahre mit dieser Frage beschäftigt und bin zur Überzeugung gekommen, dass man doch nicht allzu sanguinisch über diese Operation denken soll, denn die Fälle, wo wirklich Indikation zum Operiren vorliegt, reduciren sich bei näherer Betrachtung doch auf ein verhältnismäßig geringes Maß, denn in vielen Fällen rühren die Beschwerden 1) weniger von dem retrovertirten Uterus als von Erkrankungen der Adnexe, welche behandelt werden müssen; 2) gehören zum Operiren Zwei, Einer der's macht, und Eine, die sich's machen lässt; 3) kann man einen längere Zeit fest adhärenten Uterus niemals losweichen oder loskneten, und durch Operation, wie sie Schücking eben angegeben, vorn fixiren, man müsste Laparotomie machen, die derben Adhärenzen gewaltsam trennen und die Wundflächen mit normalem Peritoneum überziehen, sonst würde man eben so sicher wieder einen adhärenten Uterus bekommen wie bei Syndaktilie zwei Finger wieder zusammenwachsen, wenn man sich nur damit begnügen wollte dieselben zu trennen, um sie dann gewaltsam aus einander zu halten; 4) leistet ein geeignetes Pessarium bei geeignetem Verhalten der Pat. sehr Gutes, denn es kommt darauf an, den Uterus eine Zeit lang in normaler Lage zu halten. Es blieben also nur noch die Fälle übrig, wo ein Pessarium bei Fehlen oder mangelhafter Ausbildung des Cervix den Uterus nicht fixiren kann. Für diese Fälle kann ja die Operation von Schücking etwas leisten, doch muss man zugeben, dass Einem das Gefühl der Unsicherheit bei diesem Verfahren beschleicht, da es doch nicht auszuschließen ist, dass die Nadel auch einmal in der weniger geübten Hand Unheil anrichten kann.

Die Uterussubstanz selbst angreifen, halte ich nicht für das Richtige, ich habe schon vor 3 Jahren einen Keil, wie es Herr Dr. Schmidt eben beschrieben, herausgenommen. Bei den Fällen, wo ich nach der Operation kein Pessarium einlegte, waren die Resultate schlechte. Man kann ja wohl einen Knickungswinkel des Uterus nach hinten beseitigen, den ganzen Uterus wird man niemals dadurch nach vorn in normale Lage bekommen. Man muss den Uterus, meiner Ansicht nach, in seinen Befestigungen angreifen. Wie ich schon bei anderer Gelegenheit erwähnt, habe ich den Uterus bei solchen reponiblen Retroflexionen bis an den Fundus an der vorderen Fläche ausgeschält und das die Excavatio vesico uterina auskleidende Peritoneum durch versenkte Katgutligaturen in eine Falte nach oben

gelegt und den Uterus wieder in seine normale Lage zurückgebracht, ohne etwas von der Uterussubstanz selbst wegzunehmen, doch muss ich gestehen, dass mich auch hier die Resultate nicht ganz befriedigten.

Was die Schücking'sche Operation bei Prolapsen, besonders größeren, nützen soll, die mit Cystocele, Enterocelen kombinirt sind, ist mir ganz unverständlich, der Uterus wird sich an der Blase eben so wenig halten können als ein Ertrinkender an einem Stückchen Holz, welches selbst keinen Halt hat. Jedoch will ich gern zugeben, dass das, was ich nicht begreife, immerhin möglich ist. (Orig.-Ref.)

Herr Freund sen., Straßburg, operirte derart, dass er von der Scheide aus mit sehr stark gekrümmten Nadeln um das Lig. spinoso sacrum herumzukommen suchte, um so den Uterus an diesen Bändern gleichsam aufzuhängen. Die Fäden schnitten indessen durch und dazwischen drängte sich die Scheidenwand in dicken Falten wieder herunter.

Vielen Fällen von Prolaps gegenüber erweise sich übrigens jedwedes Verfahren als illusorisch, indem das ganze Peritoneum bis zum Zwerchfell hinauf verlagert, nach unten verschoben ist, unter gleichzeitigem Nachuntensinken der Leber, der Nieren etc. In solchen Fällen erkläre sich, namentlich bei erst kurzem Bestehen der Affektion, die Wirkung der Massage. F. legt bei der Behandlung der Prolapse besonders viel Werth darauf, dass der Uterus zunächst wenigstens einige Wochen lang wieder in situ gehalten wird, die hintere Fläche dem Druck der auf ihr lagernden Därme ausgesetzt; unter Anwendung dauernder Bettlage, Sorge für hinlänglich reichliche Stuhlentleerungen, Massage und Einlegung eines entsprechenden Pessars, eventuell durch Fixirung der Portio am hinteren Scheidengewölbe durch eine Ligatur, schwindet dann meist das starke Ödem des Organes ziemlich rasch.

Herr Schücking bemerkt auf einen Einwurf Herrn Linkenheld's (Elberfeld), dass sich Blasenverletzungen in der That mit ziemlicher Sicherheit vermeiden lassen. Verletzung einer Darmschlinge sei denkbar, dokumentire sich aber rasch und bleibe, bei dann vorgenommener Entfernung der Fäden, ohne üble Folgen.

(Fortsetzung folgt.)

II. Eine seltene Missbildung.

Von

Dr. Hermann Mekus in Halle a/S.

Noch unter dem frischen Eindrucke der Debatte auf dem diesjährigen Gynäkologenkongresse über die Schluckbewegungen des Fötus begegnete mir ein Fall einer Missbildung, der nach meiner Auffassung in der Lage ist, für die Theorie des Schluckens des Fötus eine erhebliche Stütze zu bilden.

Der Fall war kurz folgender:

Eine IIpara ließ mich am 28. Mai früh 5 Uhr rufen. Ich hatte bei ihr bereits eine ganz enorme Menge Fruchtwasser in den letzten Monaten, jedenfalls erst in der 2. Hälfte und besonders gegen Ende der Schwangerschaft konstatiren können, so dass der Umfang des Leibes ein ganz ungewöhnlich großer war. Am 28. Mai früh 5 Uhr war plötzlich die Blase gesprungen ohne merkliche Wehen und dabei eine so große Quantität Fruchtwasser abgeflossen, dass »die Stube schwamm«. Die Menge wurde von dem Ehemanne auf mehrere Liter geschätzt.

Die Entbindung verlief etwas zögernd; gegen 11 Uhr wurde ein kleines (unter dem mittleren Durchschnitt stehendes) Mädchen in II. Scheitelbeinlage leicht geboren; die Nabelschnur war nicht umschlungen, etwas länger als gewöhnlich.

Trotzdem kam das Kind tief asphyktisch — dunkelblau — zur Welt. Bei den ersten Athembewegungen zeigte sich deutlich ein Hindernis in der Luftröhre oder Kehlkopf. Es fanden tiefe Einziehungen des Jugulum und der Herzmagengrube statt, ohne in der Athmung oder Farbe des Neugeborenen irgend welche Änderung hervorzurufen. Ich entschloss mich, mit dem Katheter in den Larynx einzugehen und hatte die Freude, nach 10—12maliger Wiederholung der Aspiration eines dicken zähen Schleimes die Athmung völlig frei und die Lunge nicht mehr atelektatisch zu finden.

Die Placenta war von mittlerer Größe, Nabelschnurinsertion central; makroskopisch nicht die geringste Abweichung von der Norm, keine Kalkkonkretionen, keine Infiltrate oder Schwielen zu finden.

Im Laufe der nächsten Nacht hatten sich wiederholt Anfälle von Erstickung mit dunkler Blaufärbung des Gesichts und Körpers eingestellt, die durch Brechbewegungen aber jedes Mal wieder einer normalen Athmung Platz machten. Als am nächsten Tage das Neugeborene die ersten Schluckbewegungen an der Brust und Flasche machte, stellte es sich heraus, dass während des Trinkens jedes Mal ein solcher Erstickungsanfall mit Cyanose eintrat, der wieder mit schließlichem Erbrechen in normale Athmung überging. Als am 3. Tage eine Änderung nicht eintreten wollte und das Kind kaum die Windeln feucht gemacht und nur reines Meconium abgegangen war, entschloss ich mich am 4. Tage zur Sondirung der Speiseröhre. Die verschiedensten Bougis und Katheter ließen sich immer nur ein gewisses Stück einführen, krümmten sich und es war absolut unmöglich, in den Magen zu gelangen. Es wurde ein Ösophagusdivertikel angenommen und immer noch gehofft, die richtige Öffnung des Ösophagus zu finden. Alle Versuche aber waren vergebens. Das Kind trank mit großer Gier — nach wenig Zügen und Schluckbewegungen kam ein Erstickungsanfall und schließlich Erbrechen. Dabei allmählicher Kräfteverfall, am 8. Tage Tod.

Die Sektion, welche im hiesigen pathologisch-anatomischen Institut gemacht wurde, ergab folgenden Befund: Diagnosis post mortem:

Atresia oesophagi etwa in der Mitte; divertikelartige Dilatation des oberen in den Rachen übergehenden Abschnittes; Einmündung des unteren, mit dem Magen im Zusammenhang stehenden in die Luftröhre. Bronchiopneumonie, Bronchitis, Harnsäureinfarkte.

Über den Ösophagus sagt das ausführliche Protokoll:

Ösophagus in seinem oberen Theile sackartig erweitert und das durch diese Dilatation erzeugte cylindrische Divertikel mit flockenuntermischten, reichlichen Speiseresten erfüllt. Die Erweiterung reicht bis etwa 1 cm oberhalb der Bifurkationsstelle der Trachea, von da ab setzt sich die Speiseröhre mit einem eher subnormal zu nennenden Lumen zum Magen hin fort. Die Sondirung ergiebt, dass der obere divertikelartige Theil des Ösophagus vollständig gegen den weiteren Verlauf abgeschlossen ist und demnach mit dem eigentlichen Speisekanal in keiner Kommunikation steht. In den unteren, engeren Abschnitt der Speiseröhre gelangt man von der Cardia aus und ohne jedes Hindernis dringt die Sonde von ihm aus in die Trachea und den Kehlkopf ein, so dass also der Anfang des unteren Theiles der Speiseröhre in die Luftröhre einmündet.

Epikritisch beleuchtet ergiebt sich aus diesem Befunde, dass der Fötus keinen Tropfen Flüssigkeit in den Magen durch Schluckbewegungen bekommen haben kann. Es stellt somit dieser Fall ein Experiment dar, was meiner Meinung nach gewiss schon gern einmal gemacht wäre: Unterbindung des Ösophagus beim lebenden Fötus. Was wird daraus?

Der Fötus kann sein Fruchtwasser nicht verzehren; er bleibt in seiner Ernährung unter dem Mittel zurück, und was das Wichtigste ist, das Fruchtwasser vermehrt sich zu einer ganz excessiven Menge von mehreren Litern.

Es liegt darin, wie mir scheint, eine glänzende Bestätigung der Richtigkeit der Theorie von den Schluckbewegungen des Neugeborenen.

---

1) **M. Hofmeier** (Gießen). Grundriss der gynäkologischen Operationen.

Wien, **Franz Deuticke,** 1888.

Dasselbe Bedenken, welches H. hegte, ehe er sich dazu entschloss, das vorliegende Lehrbuch der gynäkologischen Operationen zu schreiben, ob nicht das vorzügliche Hegar-Kaltenbach'sche Werk, welches erst vor nicht langer Zeit in neuer Auflage erschienen,

ein solches überflüssig mache, werden gewiss Viele getheilt haben, als sie dasselbe angekündigt fanden. Die Lektüre des H.'schen Werkes aber wird sie von der Grundlosigkeit dieser Befürchtung überzeugt haben. Der Zweck desselben ist ein wesentlich anderer wie der der Hegar-Kaltenbach'schen operativen Gynäkologie. Diese ist für den Specialisten geradezu unentbehrlich, da sie eine Fülle historischer Details und litterarischer Angaben aufweist, die von den verschiedenen Autoren angegebenen Operationsmethoden genau beschreibt und einer Kritik unterwirft. Gerade diese Vorzüge machen sie aber, wie H. in seiner Vorrede hervorhebt, für den Studirenden und praktischen Arzt weniger brauchbar. Ihnen beiden muss es im Wesentlichen an einer kurzen, übersichtlichen und klaren Behandlung des Stoffes liegen, welche sie in den Stand setzt, sich die Operationsmethoden ohne Mühe einzuprägen, bezw. Lücken ihres Wissens auszufüllen, und sie nicht nöthigt, aus einer großen Menge von Operationsverfahren dieses oder jenes wählen zu müssen.

Diese Anforderungen erfüllt der H.'sche Grundriss vollkommen, ohne in einen sehr naheliegenden Fehler zu verfallen, zu subjektiv bei der Auswahl des Gebotenen zu verfahren d. h. nur die Operationsmethoden zu bringen, welche der Verf. selbst übt, die anderen hinter denen zurückzustellen, welche er selbst und seine Lehrer ausgebildet haben. H. hat dies glücklich vermieden. Es war nicht von vorn herein zu erwarten, da er im Vorwort erwähnt, dass Schröder, dessen langjähriger Assistent er gewesen, ihm den Wunsch ausgesprochen habe, er möge die Grundsätze, welche er vertrat und erprobt hatte, bei dieser Gelegenheit in einheitlicher Weise zusammenfassen und er mit Rücksicht hierauf seinem Lehrbuch, allerdings nur, so weit es sich mit den Zwecken eines solchen vereinbare, einen gewissen subjektivistischen Zug gegeben habe. Um so angenehmer berührt die in Wirklichkeit in demselben herrschende Objektivität, welche alles wirklich Gute in gleichen Rang mit dem stellt, was dem Verf. durch langjährige Gewöhnung werth geworden ist. Die Schüler und alle Verehrer des nur allzufrüh uns entrissenen Schröder's werden es H. besonders Dank wissen, dass er auch hierin den Grundsätzen des Verewigten gefolgt ist.

Auf die einzelnen Kapitel des Buches einzugehen, scheint dem Ref. um so weniger angebracht, als er Einwendungen gegen den Inhalt derselben nicht zu machen hat. Er kann die Lektüre des Werkes eben nur Allen empfehlen, welche die Absicht haben sich über den jetzigen Stand der gynäkologischen Operationslehre und die einzelnen Operationsmethoden zu unterrichten. **Graefe** (Halle a/S.).

---

2) **Ehrendorfer** (Innsbruck). Ein Mittel zur Verhütung des Puerperalfiebers.

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 16.)

Auf Grund der anerkannten Gefahr der Infektion und Übertragung derselben durch das Mutterrohr von Seiten der Hebammen

fordert E., dass den Hebammen keine mehr ausgefolgt werden sollen. Nur im dringenden Nothfalle sei es der Hebamme zu gestatten mit einem eigens hierzu bestimmten Mutterrohre Genitalausspülungen vorzunehmen. Verf. glaubt, dass (wie der Gebrauch der Schwämme den Hebammen als gefährlich verboten worden ist) die Fachkreise darauf hinarbeiten sollen, ein allgemeines Verbot auch auf den Gebrauch der Mutterrohe zu erwirken. **Torggler** (Innsbruck).

---

3) **H. Schäublin** (Basel). Über die Konstanz der Kindeslagen bei wiederholten Geburten. (Aus der geburtshilflichen Klinik in Basel.)

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 2.)

Verf. giebt zunächst einen kurzen Bericht über die verschiedenen Ansichten über die Ätiologie der normalen Kindeslage in der Gebärmutter von Hippokrates bis zu der neueren Zeit, und theilt dann die Ergebnisse seiner diesbezüglichen Zusammenstellungen aus den Jahresbüchern der geburtshilflichen Abtheilung des Bürgerspitals zu Basel und der Entbindungsanstalt in Stuttgart.

S. ist zu folgenden Schlüssen gelangt:

1) Das Verhältnis zwischen I. und II. Schädellage ist, wie dies bisher schon bekannt war, wie 2 : 1. Dieses Verhältnis wächst aber bei Konstanz der Lage bei wiederholten Geburten bei derselben Frau bedeutend zu Gunsten der I. Schädellage, indem nämlich bei den Fällen 2maliger Entbindung das Verhältnis zwischen I. und II. Schädellage 4,0 : 1 beträgt, und bei den Fällen dreimaliger Entbindung 4,3 : 1.

2) Das Überwiegen der Lage des Rückens nach links bei wiederholt entbundenen Frauen zeigt, dass die Gravitationsverhältnisse des linksspiralig gewachsenen Embryo bei beweglichem Kopf besser zum Ausdruck kommen als bei festem.

3) Bei wiederholter III., III./II., IV./I. Lage, Querlage etc., eben so bei Konstanz der Lage bei engem Becken, ist vielleicht eine durch die Beckenenge bedingte, besondere Form des Uterus anzunehmen, in welcher der Fötus am besten Platz hat.

4) Das Vorkommen der relativ größeren Häufigkeit der II. Schädellage bei Mehrgebärenden mag vielleicht darin seinen Grund haben, dass bei schlafferen Bauchdecken und bei dadurch bedingter Rechtslage des Uterus das Kind dem Uterus besser in II. Position entspricht.

Das Verhältnis (1,7 : 1) zwischen I. und II. Schädellage bei Mehrgebärenden ist um so auffallender; als bei Mehrgebärenden die Schädellage mehr als bei Erstgebärenden durch andere Lagen ersetzt werden.

Im Allgemeinen werden also auch durch diese Arbeit die Gravitationsgesetze für die Ätiologie der Kindeslagen bestätigt und daneben die Bedeutung des engen Beckens für gewisse Regelwidrigkeiten festgestellt. **W. Nagel** (Berlin).

Kasuistik.

4) **Rokitansky** (Wien). Erfahrungen über L. Tait's Perineorrhaphie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 11.)

Verf. kommt auf Grund von 7 mitgetheilten Krankengeschichten zum Schlusse, dass die Heilungsresultate, was vollkommene prima intentio oder Heilung überhaupt anbelangt, weit hinter den Erfolgen anderer Methoden der Kolpoperineorrhaphie oder Perineoplastik (seine Erfahrungen stützen sich auf mehr als 300 Fälle) zurückbleiben. Das neugebildete Perineum war in den geheilten Fällen allerdings breit, aber trotzdem scheint R. der Effekt der Operation kein anderer, als der einer Episiorhaphie; bei Gebärmutterscheidenvorfällen habe die Operation nur den Werth einer Hilfsoperation. Lobend hervorgehoben wird, dass die Operation leicht und einfach, dass man eher einer gut geschulten Assistenz entbehren könne, dass die Operationszeit eine kurze sei (trotzdem die Operation in einem Falle von komplettem Dammrisse 1 Stunde betrug) und dass endlich der Schmerz nach der Operation geringer zu sein scheine, als nach anderen Perineoplastiken.

Torggler (Innsbruck).

5) **L. Fürst** (Leipzig). Selbsthaltendes Glühlicht mit selbsthaltendem Speculum für gynäkologisch-diagnostische Zwecke.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 16.)

Ein gewöhnliches, cylindrisches Hartgummispeculum wird durch Gurtenvorrichtung, welche in Steißrückenlage der Pat. über der Kleidung befestigt wird, fixirt, so dass der Untersuchende beide Hände frei hat. Durch einen einfach konstruirten Halter kann ein in das Speculum eingeführtes Glühlicht in unmittelbarer Nähe der Portio gehalten werden.

Das Speculum mit Zubehör liefert A. Schädel (Leipzig, Löhrs Hof), das selbsthaltende Glühlicht Dr. Stöhrer u. Sohn (Leipzig, Weststraße).

Graefe (Halle a/S.).

6) **Vöhtz** (Aarhus). Exstirpatio uteri vaginalis.

(Hospitals-Tidende 1888. No. 26.)

6 Fälle, alle bei Krebs. 2 gestorben; die eine an Anämie bei Abgleitung der elastischen Ligaturen an den breiten Mutterbändern noch während des Operirens; Tod 1 Stunde p. op. Im 2. Fall scheint die Todesursache eine durch die am 2. Tage p. op. mit Sublimatlösung (Stärke nicht angegeben, Ref.) gemachte Scheidenspülung bewirkte Lösung von Darmadhäsionen und Einfließen der Lösung in die Bauchhöhle zu sein. — Verf. will künftig die Forcipressur statt Unterbindens der Ligg. lat. anwenden. — Behufs Beurtheilung der Endresultate der Operation lässt sich nur 1 Fall verwerthen, wo Pat. noch 1 Jahr 7 Monate nach der Operation recidivfrei ist, und 1 Fall, wo sich schon nach 5 Monaten ein Recidiv nachweisen ließ. Die 2 anderen Fälle sind erst vor einigen Monaten operirt.

L. Meyer (Kopenhagen).

7) **Axel Iversen** (Kopenhagen). Abdominalchirurgie.

(Howitz, Gynäkol. og obstetr. Meddel. Bd. VII. Hft. 1—2. p. 1—190.)

Aus diesem sehr ausführlichen Berichte soll nur der streng gynäkologische Theil und zwar in aller Kürze referirt werden.

1. Ovariotomien.

7 Fälle, alle geheilt. Die 6 Fälle bieten nichts Besonderes, ausgenommen, dass in einem Falle die Blase beim Bauchschnitt getroffen, die Öffnung aber sofort wieder geschlossen wurde ohne üble Folgen. 1 Fall aber ist in mehrerer Beziehung von Interesse. Derselbe betraf eine $3^1/_4$ Jahr altes Kind. Die Operation selber war dadurch erschwert, dass man sich nur schwierig darüber orientiren zu vermochte, womit man eigentlich zu thun hatte. Die Beschreibung

des von Dr. Hörring untersuchten Präparates stellt aber dasselbe als ein Unicum dar. Die nach Aufbewahrung in Alkohol geschrumpfte Cyste maß 14 cm im Durchmesser. Auf der Vorderseite derselben nach rechts sitzt ein Körper, 2,5 cm hoch und breit, von der Form eines infantilen Corpus uteri. Auf dem Durchschnitt zeigt derselbe eine kleine Höhle, von einer Schleimhaut mit Epithel und Spuren von Drüsen ausgekleidet. Die Hauptmasse des Körpers bildet organische Muskelsubstanz: Corpus uteri. Der rechte Eileiter ist 3,5 cm lang, 3 mm dick; der mitentfernte rechte Eierstock 3,1 cm breit 1,1 cm hoch, zum Theil fibrös degenerirt, der linke Eileiter, der Sackwand eng anliegend, ist 8,5 cm lang, 0,5 cm dick, hat ein deutliches Lumen von einer gefalteten Schleimhaut bekleidet; Fimbrien hier, wie auch rechts deutlich. Statt des linken Eierstockes findet sich die erwähnte Geschwulst, die eine Dermoidcyste ist. Merkwürdigerweise aber endet der Gebärmutterkörper ohne Fortsetzung nach unten, nicht einmal ein festerer Strang von Bindegewebe deutet eine solche Fortsetzung an; der Stiel ist nur von den Bauchfellduplikaturen gebildet worden. Wie sich aber der Verf. die Verhältnisse übrigens gedacht hat, ist nicht ersichtlich; die Überschrift lautet: Dermoidcyste. Atresia uteri (collum uteri et pars sup. vagina desunt) — in der Epikrise schreibt der Verf. aber: der kleine Körper, welcher vor der Operation als die Gebärmutter diagnosticirt worden war, muss der Überrest der Vaginalportion gewesen sein.

2. Salpingo-Ovariotomie.

9 Fälle, alle geheilt. Die Operationen wurden 2mal wegen Pyosalpinx (in 1 Falle Pyosalpinx dupl., die 2 Säcke um einander gewunden und mit einander verwachsen, aber nicht kommunicirend), sonst wegen Oophoritis und Salpingitis ausgeführt, waren meistens recht schwierig.

3. Verkannte Schwangerschaft.

Fall von Schwangerschaft im 5. Monat. Diagnose durch Verlängerung des supravaginalen Theils des Cervix und Hydramnion erschwert, auf Eierstockcyste gestellt. Nach Laparotomie sofort richtige Diagnose. Tod an Sepsis.

4. Myomotomien.

5 Fälle, 3 gestorben, 2 geheilt. 1. Fall. Große Geschwulst. Ausgedehnte Verwachsungen mit den Därmen. Querincision nothwendig. Intraperitoneale Stielversorgung. Tod 1 Stunde p. op. — 2. Fall. Mehrere große Geschwülste. Stielversorgung nach Wölffler. Tod an Sepsis. — 3. Fall. Großes Myxo-Myom. Stielversorgung nach Hegar. Tod an Sepsis. — 4. Fall. Faustgroße, subseröse Geschwulst, breitbasig von der linken Seitenkante der Gebärmutter ausgehend, wurde unschwer enukleirt. Glatte Heilung. — 5. Fall. Zerfallendes submuköses Fibrom. Enukleation von der Scheide aus. Heilung.

5. Pyocele.

3 Fälle von Beckenabscessen, alle geheilt. In 2 Fällen wurde die Incision parallel dem Lig. Fal. gelegt, im 3. Falle in der Linea alba, und hier zwar à deux temps. Die 2 Fälle sind möglicherweise von gonorrhoischer Natur, der 3. Fall rührte von einer puerperalen Infektion her.

6. Graviditas extra-uterina

wird von anderer Seite referirt werden.

7. Cholecystotomie, 9. Ileus, und mehrere andere Abschnitte sollen als nicht streng gynäkologisch übergangen werden.

8. Peritonitis tuberculosa.

1 Fall bei einem 4½jährigen Kinde. 1100 cm Flüssigkeit entleert. Diagnose nicht mikroskopisch festgestellt. Noch 2 Jahre nach der Laparotomie war das Kind völlig gesund.

10. Haematoma lig. rotundi uteri.

Eine 48jährige Frau wurde am 13. August 1887 wegen beiderseitiger, immobiler Cruralhernien operirt. Befinden nach der Operation gut, nur litt Pat. an Erbrechen, das dem Chloroform zugeschrieben wurde. Das Erbrechen hörte auf, fing aber am 19. wieder an, und dauerte 30 Stunden fort. Temperatur nicht erhöht. Die Expl. vag. ergab rechts einen fingerdicken Strang, welcher sich rechts vom Uterus bis nach dem Lig. Fal. erstreckte. Diagnose: Hernia obturatoria incarc. Incision

2 Finger breit über dem Ligament, demselben entlang. Es fand sich »eine Blutcyste, die in der das runde Mutterband einschließenden Bauchfellduplikatur lag«. Nach Incision wurden mehrere kleine, feste, dunkle Coagula entleert. Dann wurden die peritonealen Flächen durch fortlaufende Katgutnaht an einander gelegt. Schluss der Bauchwunde. Glatte Heilung.

16. Hysterectomia vaginalis.

2 Fälle, beide wegen Krebs, beide geheilt. Der erste Fall noch 11 Monate nach der Operation recidivfrei; der letzte Fall unlängst nach Richelot's Methode (Forcipressur) operirt. Verf. lobt diese Methode sehr, will sich aber nicht mit einer Zange jederseits begnügen, sondern fordert wenigstens zwei, um ganz sicher zu sein. **L. Meyer** (Kopenhagen).

8) **F. Kaarsberg** (Kopenhagen). Fall von Geisteskrankheit nach Amputatio uteri supravaginalis.

(Nord. med. Arkiv 1879. Bd. XIX. Hft. 4.)

Eine stark hereditär belastete, 35jährige Pat., die an häufigen Anfällen von Fb. rheumat., die eine Herzkrankheit hinterlassen hatten, gelitten hatte, bekam nach einer Amputatio uteri fibromyomatosi mit Entfernung beider Eierstöcke (Prof. Studsgaard; — extra-peritoneale Stielbehandlung) sofort Fieber (Sepsis). Am 4. Tag p. op. brach eine akute hallucinatorische Verwirrung aus. Während die Temperatur im Laufe von ca. 14 Tagen wieder normal wurde, ging die Krankheit in eine ausgesprochene Stupidität über, die im Laufe einiger Monate wieder verschwand, so dass Pat. zur Zeit der Berichterstattung als fast geheilt anzusehen ist. — Eine Jodoformvergiftung lässt sich in diesem Falle ausschließen; es wurde nur eine kleine Mèche von Jodoformgaze in die Wunde eingelegt, sonst kam Jodoform gar nicht zur Verwendung. **L. Meyer** (Kopenhagen).

9) **K. Lauritzen** (Kopenhagen). Drei Fälle von puerperaler Nephritis.

(Hospitals Tidende 1888. No. 16—17.)

Im Laufe eines Jahres kamen folgende 3 eigenthümliche Fälle von puerperaler Nephritis in der Kopenhagener Entbindungsanstalt vor.

1) 30jährige Primipara. Protrahirte Steißgeburt wurde durch Extraktion mit Schlinge vollendet, nach derselben intra-uterine Irrigation mit 3%igem Karbolwasser. In den ersten Tagen nach der Geburt sehr sparsame Harnsekretion, starke Albuminurie mit Epithelzellen, Leukocyten, rothe Blutkörper und bräunliche kernige cylindrische Massen im Sedimente. Ohne Fieber oder Kopfschmerzen wurde Pat. etwas kurzathmig, die spärliche Diurese stieg bis zur Anurie, sie genoss nichts, hatte Übelkeit und Erbrechen. Der Collaps nahm zu, unter Krämpfen starb Pat. 6 Tage nach der Geburt. Die Sektion ergab parenchymatöse Degeneration im Cor, Hepar, Lien und eine bedeutende parenchymatöse Nephritis.

2) 17jährige syphilitische Primipara. Die Geburt eines macerirten Kindes im 7. Monat verlief schnell. Während der Geburt keine Albuminurie. Erst 3 Stunden später wurde die Placenta spontan geboren. Während einer intra-uterinen 3%igen Karbolirrigation trat Synkope auf, nach einem $1^1/_2$ Stunde dauernden soporösen Zustande erholte sich Pat. Am 2. Tage nach der Geburt war der Harn dunkelgrün mit schwarzem Pigmentbodensatze, bedeutende Albuminurie. Sie fühlte sich schlecht, hatte Cardialgie, Übelkeit, später folgten Diarrhoen; die Kräfte nahmen ab, stets sehr beschränkte Harnsekretion. Nach einem starken konvulsivischen Anfalle starb sie 11 Tage nach der Geburt. Sektion ergab denselben Befund wie im vorigen Falle.

3) 25jährige 3mal Gebärende. In der Schwangerschaft keine Albuminurie, während der Geburt geringe Spuren, nur rothe Blutkörper waren vorhanden. Pat. gebar einen 7monatlichen macerirten Abort. Intra-uterine Ausspülung mit $2^1/_2$%igem Karbolwasser. Gleich im Anfange dieser kollabirte sie, wurde cyanotisch, bekam leichte konvulsivische Zuckungen in Palpebrae und im rechten Arm, erholte sich bald, doch war die Respiration in kurzer Zeit unregelmäßig. Am nächsten Tage Erbrechen, der Harn dunkelgrün, mit braunschwarzem Sedimente, enthielt Albumen, keine Blutkörperchen, aber Epithelzellen und dunkle amorphe, körnige Massen.

In den folgenden Tagen nahm die Verminderung der Harnsekretion bis zur Anurie zu, trotz Diuretica und warmen Bädern, wiederholtes Erbrechen, Kurzathmigkeit und Schwäche des Herzens, unter nur wenig gestörtem Sensorium endete der Collaps letal am 11. Tage nach der Geburt. Die Sektion ergab Nephritis diffusa acuta, Bronchitis purulenta, Sequela perimetritis, Trombosis venar. plex. pampinif.

In allen 3 Fällen war das Krankheitsbild besonders durch die eigenthümliche akute Nephritis charakterisirt, diese war nicht durch puerperale Infektion zu erklären, noch weniger war sie als gewöhnliche Schwangerschaftsnephritis zu deuten. Alles aber musste zur Annahme einer Intoxikation und speciell einer Karbolsäurevergiftung führen. Alle 3 hatten eine intra-uterine 3%ige Karbolirrigation bekommen und Jede mindestens ein Paar vaginale (2%ige) Irrigationen. In 2 Fällen traten die der intra-uterinen Irrigation bekannten üblen Zufälle auf, die ja vielleicht von einer Intoxikation bedingt sein können. Die in Fall 2 und 3 auftretenden eigenthümlichen lichtbrechenden amorphen Massen erinnerten an die Hämoglobinurie nach Vergiftung mit Kali chlor., leider wurde Spektralanalyse nicht vorgenommen.

Die ungewöhnliche Intensität der vermutheten Intoxikation war auffallend. Zur Erklärung derselben kann Verf. keine sicheren Haltepunkte finden. In allen 3 Fällen trat die Geburt frühzeitig ein. Die betreffenden Frauen waren schwächlich, die eine sicher, die andere wahrscheinlich luetisch, eine gewisse Individualität kann vielleicht die einheimische Intoxikationsdisposition in den referirten Fällen erklären. Für eine Beschränkung der Karbolbehandlung in der Geburt will Verf. dennoch nicht das Wort nehmen, aber er betont, dass das Mittel auch in obengenannten Lösungen nicht absolut ungefährlich ist und empfiehlt nach stärkeren (3%igen) Irrigationen immer mit gekochtem reinen Wasser nachzuspülen, eine Regel, die jetzt in der Anstalt befolgt wird, und demnächst besondere Aufmerksamkeit auf die Nierenfunktion zu richten, weil die Niere Locus minoris resistentiae bei Gebärenden ist. **Ingerslev** (Kopenhagen).

10) **E. Rode** (Christiania). Syphilis der Portio vaginalis uteri.

(Norsk Mag. f. Lägevid. 1888. 4. R. Bd. III. No. 5. p. 385—391.)

Verf. hat in 3 Fällen Ulcerationen auf der Vaginalportion beobachtet, die von sekundär- oder tertiär-syphilitischer Natur waren, und die nach längerer, fruchtloser, sonstiger Behandlung schnell dem Jodkalium wichen. Charakteristisch war in allen drei Fällen, aber besonders in einem, eine begleitende hochgradige ödematöse Schwellung der Scheidenwölbungen und der Umgebung der Gebärmutter.

L. Meyer (Kopenhagen).

11) **John Homans** (Boston). Entfernung eines großen Fibromas von der Fascia transversalis und dem Bauchfell.

(Amer. journ. of obstetr. 1888. Februar. p. 156.)

Eine 31jährige gesunde Frau, seit elf Jahren verheirathet, Mutter zweier Kinder, litt an einer Geschwulst in der rechten Ileolumbargegend. Dieselbe war hart, beweglich, etwa 7 Zoll lang und breit. Die Unterleibsorgane waren gesund. Bei der Operation zeigte es sich, dass die Geschwulst von der vorderen Bauchfascie bedeckt war und dem Bauchfell auflag. Von beiden musste ein Stück von circa $3^1/_2$ Zoll Durchmesser entfernt werden, so dass es nicht vollständig gelang, beide durch Nähte vollkommen zu vereinigen. Glatte Heilung. Später Bauchhernie.

Engelmann (Kreuznach).

12) **F. Kaarsberg** (Kopenhagen). Tumor ovarii (Torsion des Stieles). Ovariotomia.

(Nord. med. Arkiv 1887. Bd. XIX. Hft. 4.)

Der Fall wurde in der Klinik von Prof. Studsgaard operirt. Die Stieldrehung schien ohne bekannte Ursache vor 3—4 Monaten angefangen zu haben; am Tage vor den Eintritt in die Klinik trat eine Verschlimmerung ein. Peritonitische Erscheinungen; Temperatur über 39°. Bei der Operation frische Beläge auf den

Gedärmen; Geschwulst stark cyanotisch. Stiel $1^1/_2$mal um die Achse gedreht. Glatte Heilung. Die Geschwulst war ein Cystadenoma papilliferum.

L. Meyer (Kopenhagen).

13) **J. Halliday Croom** (Edinburg). Fall von Blasenmole, profuse Blutung, Transfusion, Heilung.

(Edinb. med. journ. 1887. Oktober.)

In einem der Verblutung nahen Falle von Blasenmole wurde durch eine Transfusion von 240 g mit Natron phosph. Lösung versetzten Blutes so weit Zeit gewonnen, dass am anderen Tage der Uterus ausgeräumt werden konnte. Heilung. **Zeiss** (Erfurt).

14) **Lodderstädt** (Berlin). Ein Fall von Eserinvergiftung bei der Behandlung der Chorea.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 17.)

In der Henoch'schen Klinik wurde einem 9jährigen Mädchen, welches an schwerer Chorea litt, nachdem Sol. Fowleri, Kal. bromat., Anwendung des galvanischen Stromes, Applikation des Äthersprays auf den Rücken, schließlich abendliche warme Bäder mit Übergießungen erfolglos geblieben waren, $^1/_2$ mg Eserin. sulf. subkutan in den rechten Oberarm eingespritzt. Nach $^1/_4$ Stunde trat heftiges Erbrechen, starke Kopfschmerzen, vermehrte Schweiß- und Speichelsekretion auf, bis sich allmählich ein bedenklicher Collapszustand ausbildete. Unter fortwährender Verabreichung von Analepticis verschwand dieser wieder. Auf die Choreabewegungen hatte das Eserin so gut wie gar keinen Einfluss geäußert.

Auf Grund dieser Erfahrung räth L. bei ferneren Versuchen mit Eserin bei der Behandlung der Chorea mit kleinen Dosen nicht über $^1/_2$ mg zu beginnen und erst allmählich zu stärkeren überzugehen. **Graefe** (Halle a/S.).

15) **Greene** (Kairo). Eine Missgeburt.

(Provinc. med. journ. 1888. Januar 2. p. 11.)

Gesunde Ägypterin von 30 Jahren, welche schon früher 3 wohlgebildete Kinder geboren hatte, gebar in Steißlage eine todte Missgeburt mit 2 Köpfen und 3 Armen, deren 2 normal am Rumpf befestigt waren, während der dritte zwischen den beiden Köpfen sitzt, wie die beigegebene Abbildung zeigt. **Lühe** (Demmin).

16) **R. P. Harris** (Philadelphia). Sechs durch eigne Hand zugefügte Kaiserschnitte mit Heilung in fünf Fällen.

(Amer. journ. of the med. sciences 1888. Februar. p. 450.)

Die theilweise in diesem Blatte bereits referirten Fälle sind folgende:

1) 1769 auf Jamaika; eine IVpara Sklavin eröffnete mit einem Fleischermesser links von der Linea alba ihr Abdomen und Gebärmutterhöhle auf einen Streich; von einem Negerweibe wird die Nabelschnur durchschnitten, die vorgefallenen Eingeweide reponirt, die Bauchwunde verbunden. Einige Stunden später öffnet ein Wundarzt wieder die Wunde, reinigt die Eingeweide von Schmutz, entfernt die Placenta durch die Wunde und schließt die Bauchwunde. Trotz »Fieber« genas die Frau; das Kind kam lebend zur Welt mit einer langen Wunde im Oberschenkel und starb am 6. Tage p. p. an Trismus Neonati. Citirt nach Moseley on Topical Diseases, London 1803, IV. Edition p. 108, 109.

2) 1822, 29. Januar in Nassau, Rensselaer County, New York. 14jährige Sklavin mit Zwillingen unehelich schwanger, öffnete Bauch und Uterus mit einem Rasirmesser, trotzdem Eingeweide vorgefallen waren und die Bauchhöhle mit Blut erfüllt war, genas sie rasch. Beide Kinder gingen wahrscheinlich zu Grunde. Citirt nach New York Medical and Physical Journal, 1823 vol. II p. 40—42.

3) 1876, 27. September in Tetschen, Böhmen. 7 Geburten vorausgegangen: 4 natürliche, 2 mit Forceps, eine durch Kraniotomie beendet. Kopflage; heftigste Schmerzen treiben die Frau dazu, den Kaiserschnitt, von dem sie gehört, in überlegter Weise an sich auszuführen. Dr. von Guggenberg sah die Frau;

-otzdem sie thatsächlich in Blut und Schmutz gelegen und Eingeweide vorgelen waren, blieb sie am Leben, nachdem von Guggenberg sie gereinigt und Bauchwunde vernäht hatte. Kind war todt. Citirt nach Brit. Med. Journ.; 21, 1885, p. 392.

Wahrscheinlich 1879 in Pristina, Türkei. Nach dreitägigem fruchtlosen öffnete sich die Frau Bauch und Gebärmutter mit einem Rasirmesser in -nfalle von Verzweiflung. Kind lebend, die Bauchwunde von einer Nach-. zugenäht; Heilung. Citirt nach Wiener med. Wochenschrift 1880, No. 13, p. 360.

5) Referirt in diesem Blatte 1887, No. 14, p. 232 von Dr. Reimann, Kiew. Die Frau starb; das Kind lebte.

6) 1886, 28. März in Viterbo, Italien. 23jährige Unverheirathete eröffnet Bauch und Uterus mit einem Küchenmesser; Kind verschiedentlich verletzt, der Kopf vom Rumpf getrennt. Nach der »Operation« befestigte sie sich eine Binde fest um den Leib, ging einen weiten Weg und war nahezu 7 Stunden auf den Beinen, bis sie ohnmächtig wurde, die Bandage rutschte und Eingeweide vorfielen. 6 Stunden nach dem letzteren Ereignis, 13 Stunden nach der Incision nähten Ärzte die Bauchwunde zu; die Frau genas. Citirt nach Gazetta degli Ospidali, 14. April 1886; Riforma Medica, 30. März 1886 und London Lancet, 8. Mai 1886, p. 890. **Kreuzmann** (San-Francisko).

17) **Von der Goltz.** Therapeutische Mittheilungen über subkutane Injektionen mit Ergotin.

(New Yorker med. Presse 1888. Januar. p. 13.)

Ausgehend von der Ansicht, dass das Ergotin eine gefäßerweiternde Wirkung habe, hat G. dasselbe bei der spastischen Form der Migräne angewandt und höchlichst bewährt gefunden. Aus derselben Theorie der Wirkung des Mittels leitet er dann auch seine Empfehlung bei Eclampsia puerperalis und bei Abort her, indem er jene für bedingt durch Hirnanämie ansieht. Alkohol hob die Wirkung des Ergotins wieder auf. Die geringsten örtlichen Reizungserscheinungen machte das Präparat von Nienhaus in Basel. **Lühe** (Demmin).

18) **Purcell.** Bericht über 4 Fälle von Kolpo-Hysterektomie wegen Uteruskrebs mit Bemerkungen.

(Provinc. med. journ. 1887. Oktober 1. p. 444.)

Wenn auch die Resultate der ausgeführten 4 Operationen quoad vitam günstig waren, so traten doch nach 2 derselben sehr bald Recidive ein und zwar nach $10^1/_2$ und 6 Monaten, eine Frau blieb bis jetzt, 2 Jahre, gesund, die letzte ist erst seit ca. 3 Monaten genesen. Es ist auffällig, dass Verf., an dem Cancer-Hospital in Brompton als Chirurg thätig, verhältnismäßig innerhalb zweier Jahre so selten Gelegenheit gehabt, die Operation auszuführen. **Lühe** (Demmin).

19) **Sielski** (Lemberg). Heilung von Hystero-Epilepsie nach Reposition des retroflektirten Uterus und Gebrauch eines Hebelpessars.

(Wiadomości lekarskie 1887. No. 1.)

Ein 30jähriges Fräulein litt durch 7 Jahre an hystero-epileptischen Anfällen, welche sich höchst wahrscheinlich im Gefolge von Perimetritis nach einem Kaltbade eingestellt hatten. Die klonischen Krämpfe der gesammten Muskulatur wiederholten sich bei jeder Menstruation. Mit der Zeit wurden die Anfälle häufiger, wobei jeder einzelne 5—10 Minuten anhielt. Nach einigen Jahren stellten sich auch außerhalb der Menstruation Krämpfe ein, was jedoch ziemlich selten vorkam. In der letzten Zeit, während der Menses, 15—20 Anfälle des Tages. Alle Heilmethoden resultatlos. Verf. fand außer Retroflexion kein Gebrechen. Nach Perforation des Hymen, bimanuelle Reposition des Uterus und Einlegen eines Hodgeschen Hebelpessars. Seit dieser Zeit (3 Jahre) keine Anfälle mehr.

F. Rosner (Lemberg-Franzensbad).

20) **A. Larsen** (Nykjöbing, Dänemark). Prolapsus uteri inversi.

(Hospitals-Tidende 1887. No. 51.)

40jährige Sekundipara. Unmittelbar nach der Geburt folgte starke Blutung und eine Geschwulst schob sich zwischen den Labien hervor. Die Hebamme machte nichts daran und ließ den Arzt holen. Der großen Entfernung wegen kam dieser erst 2 Stunden nach der Geburt, die Frau war inzwischen todt, der Exitus folgte im tiefen Collaps ohne Krämpfe. Zwischen den Schenkeln lag der total prolabirte und invertirte Uterus, dessen Reposition leicht stattfand.

Ingerslev (Kopenhagen).

21) **A. Iversen** (Kopenhagen). Graviditas extra-uterina.

(Howitz, Gynäkol. og obstetr. Meddel. Bd. VII. Hft. 1—2.)

Unter den vom Verf. referirten Laparotomien an der 2. chirurgischen Klinik des Kommunehospitals fanden sich 2 Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft.

1) 37jährige Frau, 3 Geburten, die letzte vor 6 Jahren, nach derselben Puerperalfieber. Seitdem war Pat. kränklich. Die Anamnese ergab nur unsichere Merkmale für die Diagnose. Die febricitirende, heruntergekommene Frau bot einen kindskopfgroßen Tumor rechts am Uterus dar, ohne Fixation im Becken. Der Zustand verschlimmerte sich unter zunehmenden Schmerzen mit Wachsthum der Geschwulst, darum Laparotomie. Nachdem das Peritoneum geöffnet war, erschien eine bläuliche durchscheinende Cystenwand, theilweise mit Peritoneum adhärent; mit Probetrokar wurde eine gelbe helle Flüssigkeit entleert. Nach Spaltung der Wand wurde diese an die Peritonealwunde genäht, die Exploration der Höhle ergab einen 4monatlichen macerirten Fötus, nach Extraktion desselben wurde die Placenta zurückgelassen und die Höhle mit Jodoformgaze tamponirt. Der Collaps nach der Operation wurde nicht gehoben, Tod am folgenden Tage. Die Sektion ergab Graviditas tubo-abdominalis.

2) 28jährige Frau, 3 Geburten, zuletzt vor 13 Monaten. Nach 3monatlicher Menopause peritonitische Erscheinungen ohne Fieber oder Collaps. Die Untersuchung ergab eine Infiltration in der linken Fossa iliaca, zum Theil fluktuirend, nach unten bis zur Fossa Dougl. reichend. Bei der Laparotomie fand man eine cystische Geschwulst, nach oben von der stark verdickten Tube gebildet. Operation in 2 Sitzungen. Am 12 Tage wurde der Verband gewechselt, der Sack geöffnet, in den der Finger leicht durch die dünne Wand drang, hier fanden sich nur Coagula und flüssiges Blut. Die Höhle wurde mit Jodoformgaze tamponirt, nach Entleerung fötider Coagula und mit afebrilem Verlaufe verminderte sie sich langsam; nach 3 Monaten war sie ganz geschlossen. **Ingerslev** (Kopenhagen).

22) **Teplischin.** Übermäßige Haarentwicklung.

(Med. Rundschau 1888. No. 1. [Russisch.])

33jährige Frau, hat 2mal geboren. Nach der letzten Frühgeburt (7. Monat) litt sie 4 Monate lang an starken Blutungen, darauf hörte die Menstruation vollkommen auf. Seitdem (vor 3 Jahren) entwickelte sich starker Haarwuchs am ganzen Körper, besonders im Gesicht, so dass sie gezwungen ist, sich täglich rasiren zu lassen, wenn sie nicht mit Schnurr-, Backen- und Kinnbart einhergehen will. Trotz der bestehenden Molimina menstrualia blieb jede Behandlung der Amenorrhoe fruchtlos. Verf. bringt die übermäßige Haarentwicklung mit dieser Funktionsstörung in Zusammenhang. **Reimann** (Kiew).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 43. **Sonnabend, den 27. Oktober.** **1888.**

Zur Stickoxydul-Sauerstoff-Anästhesie in der Geburtshilfe.

Von

Dr. **von Swięcicki,** Posen.

Seit der Publikation von Klikowitsch im Arch. f. Gynäkol.[1] über N_2O + O-Anästhesie, deren Vorzüge bei den Geburten er in seinen sechs Thesen am Schlusse der Arbeit zusammenfasst, ist die Litteratur über diesen Gegenstand ziemlich beträchtlich angewachsen. Tittel[2] in der früher Winckel'schen Entbindungsanstalt in Dresden, Döderlein[3] in der Erlanger Frauenklinik, Ernst Cohn[4] in der

[1] Band XVIII. p. 81.

[2] Centralbl. f. Gynäkol. 1882 p. 121 und 1883 p. 165.

[3] Archiv f. Gynäkol. XXVII. p. 85 und 328.

[4] Deutsche med. Wochenschrift 1886 No. 16.

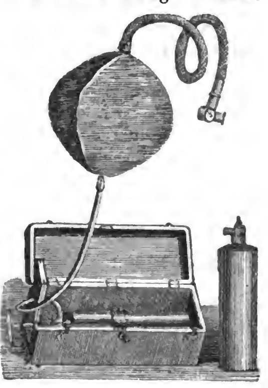
Schröder'schen Klinik haben mit diesem Gasgemische Versuche angestellt und alle ohne Ausnahme haben die Ungefährlichkeit und prompte Wirkung derartiger Narkose anerkannt. Winckel[5] äußert sich in seinem soeben erschienenen Lehrbuche der Geburtshilfe, dass »die Lachgasnarkose ungefährlich ist und nach Belieben von der Parturiens unterbrochen werden kann. Bei älteren Erstgebärenden ist das Gas von besonders guter Wirkung«. Zweifel[6] erachtet als Vortheile dieser Anästhesirung: »Die Ungefährlichkeit, die Raschheit beim Beginn der Narkose, den sofortigen Nachlass aller Symptome bei Unterbrechung der Einathmung, Mangel aller unangenehmen Nachwirkungen und, was die Hauptsache bei den Geburten ist, keine Aufhebung der Reflexe, keine Ausschaltung der Bauchpresse und keine Minderung der Wehenthätigkeit.« Auch Kreutzmann[7] in San-Francisko, Cal., ist der Ansicht, dass durch die $N_2O + O$-Anästhesie »auf eine ungefährliche, unschädliche und leichte Art Schmerzen gelindert werden können«. Nach alle Dem noch besonders die Vortheile und die Ungefährlichkeit des Gasgemisches hervorheben zu wollen, erachte ich für völlig überflüssig. Wenn jedoch trotz so guter Resultate die $N_2O + O$-Anästhesie doch noch nicht Gemeingut aller Ärzte geworden, so lag der Grund davon sowohl in der Umständlichkeit und Kostspieligkeit der Selbstbereitung des Gasgemisches, als auch lost not least in der umständlichen Transportfähigkeit des ganzen Apparates. N_2O konnte man allerdings kondensirt kaufen, der Sauerstoff musste jedoch entweder vom Arzte selbst oder vom Apotheker bereitet werden, um die entsprechende Gasmischung zu erhalten. Der Transport eines großen Gummibehälters ist auch nicht Jedermanns Sache und so kam es, dass bis auf den heutigen Tag außer in den Anstalten wohl äußerst selten die $N_2O + O$-Narkose angewendet wurde. Von Ash & Sons in Berlin habe ich einen leicht transportablen Apparat bezogen, der N_2O kondensirt enthielt und welcher mit einem Gummiballon und Clover's Mundstück versehen war. Anfangs gebrauchte ich zur Herabsetzung der Schmerzhaftigkeit der Wehen lediglich die N_2O-Narkose. Ich ließ der Parturiens, sobald der Wehenbeginn durch das Auflegen der Hand auf den Uterus bemerkt wurde, mehrere Male das Gas einathmen. Die Wehen wurden weniger schmerzhaft, aber nur in seltenen Fällen erzielte ich völlige Schmerzlosigkeit. Der Grund dieser nicht so ganz prompten Wirkung war leicht erklärlich. Anästhesie hätte nur dann eintreten können, wenn das Blut mit N_2O sich gesättigt hätte. Dies würde jedoch leicht eine Asphyxie verursachen. Desshalb habe ich auch stets nur einige tiefe Athmungen machen lassen und setzte dann absichtlich der Sicherheit wegen die Narkose aus. Aus demselben Grunde konnte auch selbst-

[5] Lehrbuch der Geburtshilfe. Leipzig, Veit & Co., 1889. p. 176.

[6] Lehrbuch der Geburtshilfe. Stuttgart, Ferd. Enke, 1887. p. 219.

[7] Deutsche med. Wochenschrift 1887 No. 17.

verständlich mit N_2O eine kontinuirliche Narkose in der Austreibungsperiode, wie es Döderlein und Cohn mit $N_2O + O$ thaten, nicht versucht werden. Einen transportablen Apparat zu besitzen, in welchem N_2O und O kondensirt und womöglich in einem einzigen Gefäße enthalten wäre, war das Ideal, wonach zu streben war, um dieser Art der Narkose die größte Verbreitung zu sichern. Ich habe mich desshalb mit der Firma Ash & Sons in Verbindung gesetzt und es ist in London nach vielen Versuchen geglückt, dieses Gasgemisch meiner Weisung gemäß ($^4/_5$ N_2O + $^1/_5$ O) in einer Flasche kondensirt herzustellen[8]. Zu der Zeichnung, die ich beifüge und welche den ganzen Apparat und seine bequeme Transportfähigkeit demonstrirt, bemerke ich, dass ich in der letzten Zeit statt eines Clover'schen Mundstückes mir ein einfaches Hartglasmundstück machen ließ, das ich an die Gummiröhre des Gasballons befestige. Mittels der Kanüle kann Parturiens nach Eröffnung des Hahnes das Gas bequem einathmen. Ich lasse dabei tief inspiriren und rathe der Kreißenden, das Gasgemisch, so lange es nur geht, in den Lungen zu behalten, um dasselbe womöglich vollständig vom Blute absorbiren zu lassen.



Nachdem so durch die glückliche Lösung der Frage der Kondensation des Gasgemisches die Umständlichkeit bei der Selbstbereitung der Gase und die erschwerte und unbequeme Transportfähigkeit beseitigt wurde, steht der Verbreitung dieser »vorzüglichen« Methode nichts im Wege. Es ist auch jetzt nicht ausgeschlossen, dass die $N_2O + O$-Narkose nicht nur bei den Geburten Anwendung finden wird, sondern auch, wie dies mein verehrter früherer Chef Prof. Zweifel zuerst that[9], mit Erfolg bei Kolpo- und Perineorrhaphien, bei Wendungen, Extraktionen und Placentarlösungen versucht wird. Kreutzmann plaidirt für eine $N_2O + O$-Narkose in der Nachgeburtsperiode, wenn es sich nach längerem Warten doch noch um Credé's Expression handeln sollte. Wir können dies nur unterschreiben, wissen wir doch Alle ganz gut, wie oft gerade die Expression für die Frau schmerzhaft ist.

---

[8] Die Füllung einer eisernen Flasche mit 220 Liter des Gasgemisches beträgt ab Berlin 15 *M*. Bei größerem Bedarf wird sich sicherlich der Preis noch viel niedriger stellen, so dass nicht nur die oberen Zehntausend das Privilegium genießen werden, »ohne die obligaten, traditionellen Schmerzen« zu gebären.

[9] l. c. p. 219.

---

1) **Brennecke** (Sudenburg-Magdeburg). Beiträge zu einer Reform des Hebammenwesens etc. in Anlehnung an Wöchnerinnen-Asyle.

Neuwied, **Heuser,** 1888.

In seiner warmen, beredten Art tritt B. für den Bau der Wöchnerinnen-Asyle und eine Reform des Hebammenwesens auf Grund vereinsgenossenschaftlicher Organisation des Hebammenstandes ein. Das 110 Seiten fassende Buch ist die zweite Auflage seiner Broschüre: Hebammen oder Diakonissinnen für Geburtshilfe? vermehrt um 2 vor einem engeren Damenkreis gehaltene Vorträge über Wöchnerinnen-Asyle. Hieran schließen sich »kritische und epikritische Bemerkungen zur Reform des Hebammenwesens«.

Wir können das treffliche Buch nur auf das Wärmste empfehlen.

Pauly (München).

---

2) **Hochenegg** (Wien). Vorläufige Mittheilung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 19.)

Behufs Zugänglichkeit des Uterus und seiner Adnexa schlägt H. die Kraske'sche Methode für Exstirpation von Rectumcarcinom vor und giebt folgende Beschreibung der von ihm nur an Leichen versuchten Operation: »nach der typischen Resektion des Kreuzbeines und Enucleation des Steißbeines präparire man das Rectum in seinem Mittelstücke als Ganzes aus seinen Verbindungen an der linken Seite auf verschieden lange Strecke los und halte es mit stumpfen Haken nach rechts hin; hierauf wird das Peritoneum der Excavatio uterorectalis gespalten, wodurch der Uterus frei und für Operationen zugänglich wird.

Torggler (Innsbruck).

---

3) **E. Blanc** (Lyon). Über die klinische Exploration des unteren Uterinsegmentes vor und nach der Geburt.

(Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynécol. 1887 December 25. und 1888 Januar 25.)

Nach sorgfältiger Würdigung der einschlägigen Litteratur berichtet B. über seine eigenen Versuche.

Nach zahlreichen klinischen Untersuchungen ist B. zu dem Ergebnis gekommen, dass man stets in der letzten Zeit der Schwangerschaft das Vorhandensein des Bandl'schen Ringes nachweisen kann.

Die innere Abtastung des unteren Uterinsegmentes wird erleichtert durch das Vorhandensein einer Anzahl von Merkmalen auf der von dem untersuchenden Finger durchzulaufenden Strecke. Als die wichtigsten werden genannt: 1) Die Länge des Collum; 2) die Beschaffenheit der Cervikalschleimhaut; 3) die ringförmige Leiste des Orificium internum; 4) die Adhäsionsstelle der Eihäute; 5) der Bandl'sche Ring.

In allen Fällen, wo das Collum anscheinend intakt war und das Orificium internum geschlossen, fand B., dass die Länge des Collum sowohl bei Erst- wie bei Mehrgebärenden zwischen 3 und $4^1/_2$—5 cm

schwankte. Wo die Länge 3 cm und darunter betrug, fand B. dies bedingt durch eine Erweiterung (évasement) des oberen Theiles des Collum, welche man in der Regel 10—14 Tage vor der Entbindung findet.

Nach einiger Übung soll es gelingen den Unterschied zwischen Cervikalschleimhaut und Decidua des unteren Uterinsegmentes zu fühlen. Bekanntlich stellt das Orificium internum anatomicum die Grenze zwischen diesen beiden Gebilden dar. Das Orificium internum wird also gekennzeichnet durch die Länge des Collum, durch die Persistenz der Eigenthümlichkeiten der Cervikalschleimhaut bis zu dieser Stelle, und durch die Adhäsion der Eihüllen. Insonderheit ist die Adhäsion der Eihüllen ein vorzügliches Kennzeichen für das Orificium internum.

Nachdem man mit dem Finger den inneren Muttermund passirt hat, löst man die Eihüllen von der Uteruswand ab und hat alsdann das eigenthümliche Gefühl der Decidua. Ach hat B. kleine Partikelchen abgeschabt und diese untersucht. Die Wand des unteren Uterinsegmentes fühlt sich dünn an und ist auf Druck nachgiebig; da wo der Uterus mehr oder weniger plötzlich eine größere Dicke und Resistenz annimmt fängt das Corpus an, da bildet sich der Bandl'sche Ring, der Schröder'sche Kontraktionsring.

Nun darf man sich aber nicht vorstellen, dass ein wirkliches Uterinsegment im Sinne Bandl's vorhanden ist. Nach B. sind allerdings die Bedingungen für die Bildung des unteren Segmentes in der letzten Zeit der Schwangerschaft vorhanden und bestehen hauptsächlich in der Fähigkeit dieser Zone, sich auf die geringste Berührung mit dem Finger zusammenzuziehen. Die Anregung dieser Fähigkeit führt sofort die Bildung eines vorspringenden Muskelringes hervor, welcher die Wand des Corpus von der des unteren Segmentes trennt. Das untere Segment hat also 2 bestimmte Grenzen: nach oben den Kontraktionsring, nach unten den obersten Theil des Collum oder besser das Orificium internum anatomicum, und wird von B. das primäre Segment (segment utérin inférieur primitif) genannt.

Der innere Muttermund bleibt nicht geschlossen bis zum Ende der Schwangerschaft; die vorhin erwähnte Erweiterung der oberen Partie des Collum nimmt in den letzten 14 Tagen der Schwangerschaft immer zu und die hierdurch geschaffene Höhle nimmt Theil an der Vergrößerung der Uterinhöhle, indem die Wände des Cervix in diejenigen des primären unteren Segmentes übergehen und bildet so das sekundäre untere Segment (segment inférieur secondäre).

Ach das Verhalten des unteren Unterinsegmentes im Wochenbett hat B. untersucht und dabei gefunden, dass dasselbe sich verhältnismäßig schnell zurückbildet, so dass man in der Regel am 5. Tage den Kontraktionsring in der Höhe des Orificium internum findet.

Die Einzelheiten mögen im Original nachgelesen werden.

W. Nagel (Berlin).

---

4) **Albertin** (Lyon). Über antiseptische Irrigationen des Uterus in der Geburtshilfe.

(Thèse de Lyon — Ref. v. J. Audry in Lyon méd. 1887. December 11.)

Die Arbeit besteht in der Darlegung der Handhabung der intrauterinen Irrigationen in dem von Vincent geleiteten Lyoner Gebärhause.

Während der Dauer eines Jahres war bei einer Zahl von 1125 Geburten weder ein Todesfall noch (wobei doch wohl mit subjektiven Anschauungen dürfte gerechnet werden müssen, Ref.) ein Fall von Septikämie zu verzeichnen.

Die Irrigationen wurden mit 3—4 Liter Sublimatlösung von 1:2000, gefolgt von einer solchen von 1 Liter $2^1/_2$%iger Karbollösung, gemacht. Es wurden im Ganzen davon 631 vorgenommen, ohne dass nur auch ein einziges Mal irgend welcher üble Zufall danach zu verzeichnen gewesen wäre.

Die Indikationen waren:

1) Prophylaxis, a) bei Frauen, die intra partum hereingebracht wurden; b) bei vorzeitigem Wasserabgang; c) bei langer Geburtsdauer mit häufigen Untersuchungen; d) bei übelriechendem Fruchtwasser; e) bei macerirtem Kinde; f) und bei Retention von Placentar- oder Eihautresten.

2) In einer Temperatur von 40° R. bei Blutungen post partum.

3) Ebenfalls heiß gegen Blutungen bei noch im Uterus haftender oder retinirter Placenta, bei recht- oder vorzeitigen Geburten und Aborten. In 22 Fällen sollen damit gute Erfolge (Ablösung der Placenta? Ref.) erzielt worden sein. Manuelle Lösung soll erst dann in ihr Recht treten, wenn diese heißen Irrigationen nicht zum Ziel führten.

Zeiss (Erfurt).

---

5) **E. Vincent** (Lyon). Über die Unschädlichkeit und Nützlichkeit der kalten Bäder 1) in der Behandlung des Typhus in der Gravidität, 2) in der Behandlung schwerer Puerperalfieber gegenüber dem Antipyrin in denselben Fällen.

(Lyon méd. 1887. No. 34 u. 35.)

Tripier und Bouveret haben in ihrem Buch über »die Behandlung des Typhus mit kalten Bädern« 108 Fälle von Typhus bei Schwangeren, theils eigner, theils fremder Beobachtung zusammengestellt. Von diesen starben 16, d. h. 14%; von den 26 mit kalten Bädern behandelten Frauen starben 3, d. h. nur 11%. Von sämmtlichen 108 Fällen abortirten 69, d. h. 63%; von den 26 mit Kaltwasserbädern behandelten freilich 17, d. h. 65%. Dieser größere Procentsatz der Aborte kann aber, nach Verf.s Ansicht, bei der Kleinheit der Zahlen, hier noch nicht ins Gewicht fallen. Er selbst behandelte 2mal mit kalten Bädern; beide Male kam die Schwangerschaft zum normalen Ende; in einem dritten, ihm privatim mitgetheilten Falle fiel die Erkrankung in den 8. Schwangerschaftsmonat;

es folgte zwar Frühgeburt, aber mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind.

V., durchaus Anhänger der Behandlung des Typhus mit kalten Bädern, hält dafür, dass kein Grund vorliege, typhöse Schwangere anders zu behandeln als andere Typhuskranke. Halte man nun die Temperatursteigerung als solche, oder die Intensität der Intoxikation, oder beides, für das kausale Moment des Abortes, erstere wie letztere werde durch die kalten Bäder auf die sicherste Weise herabgesetzt. Von Chinin und salicylsaurem Natron müsste wegen ihrer abortbefördernden Eigenschaften abgesehen werden. Das Antipyrin führe an und für sich leicht zu Collapsen, um wie viel mehr leichter bei Schwangeren, deren Herz sich ja so wie so auf der Grenze des gesunden Zustandes (en imminence morbide) befinde. Jedenfalls bedürfe seine Verabreichung der äußerst sorgfältigsten Überwachung.

Auch nach dem Abfall der Temperatur bestehe übrigens eine Neigung der Uterusmuskulatur zu Kontraktionen fort, durch den Reiz des noch inficirten Blutes auf die Nervencentren, und müsse daher Opium und Morphium in reichlichen Gaben verabreicht werden.

Im Gegentheil hierzu ist das Antipyrin für V. bei schweren Puerperalfiebern ein vorzügliches Mittel, das Fieber, und damit die nächste Gefahr zu beseitigen. Seit er ausgiebigen Gebrauch davon macht, hat er kaum je der Bäder, die er sonst viel und systematisch verwandt hatte, mehr bedurft. **Zeiss** (Erfurt).

---

6) **Vinay** (Lyon). Über Asepsis in der Geburtshilfe.

(Lyon méd. 1887. No. 28 u. 29.)

V. steht auf dem Standpunkte L. Tait's und sucht in längerer Ausführung (rein theoretisch gehalten) zu erweisen, wie man demnächst bei völlig aseptischem Verfahren bei den Entbindungen eben so wie bei Laparatomien der Antiseptica ganz werde entrathen können.

Zeiss (Erfurt).

---

7) **David Blyth.** Mittheilungen über die Sitten und Gebräuche der Eingeborenen der Fidschiinseln bei Konception, Schwangerschaft und Geburt.

(Glasgow med. journ. 1887. September.)

Verf. hält seine persönlichen Erfahrungen besonders desshalb für werth der schriftlichen Fixirung, weil auf den Fidschiinseln die heimischen Sitten und Gebräuche, die das Geschlechtsleben des Weibes betreffen, so wie die Heilmethoden von Krankheiten überhaupt, auf dem Standpunkt angekommen sind, von europäischen Anschauungen und Einflüssen gänzlich verdrängt zu werden und damit der Vergessenheit anheimzufallen. Es wurde ihm sehr schwer, sich von den einzelnen Gebräuchen und Gewohnheiten Kenntnis zu verschaffen, da die Medicinmänner und Hebammen der Eingeborenen — Ämter, die seit undenklichen Zeiten auf den Inseln bestehen, —

ihre Geheimnisse um so eifersüchtiger zu bewahren suchen, als sie sich des bevorstehenden Unterganges ihrer Existenzen wohl bewusst sind.

Die Mittheilungen des Verf.s sind in vieler Hinsicht sehr interessant. Eine Wiedergabe derselben hat sich hier natürlich auf Einzelheiten zu beschränken. Die Mädchen menstruiren durchschnittlich mit 10 Jahren zuerst, doch ist ein verspätetes Eintreten der Menses ziemlich häufig. Mittel, die Regel herbeizuführen, werden niemals angewendet. Menstruationsstörungen sind sehr häufig. Zur Behandlung der Dysmenorrhoe dient das Infus von Blättern und Unterrindenholz einer Raba. Sterilität, die sehr häufig ist, wird stets dem Weibe zur Schuld gelegt; trotzdem aber muss auch der Mann die innerlich hiergegen stets von den Hebammen verordneten Mittel mit nehmen. Mitgetheilt werden ferner die Mittel, ebenfalls innere, um die Konception zu verhindern. Während der Gravidität dauert in sehr vielen Fällen die Menstruation an. Hierauf werden die von den Hebammen zur Verhinderung der Konception gegebenen Mittel erwähnt; das Verhalten der Frauen während der Schwangerschaft und die verschiedenen volksthümlichen Ansichten in Bezug auf Coitus und Konception mitgetheilt. Innere Mittel zur Erzielung des Abortes bestehen massenhaft und werden angeblich mit Erfolg angewendet.

Zögert die Ausstoßung eines ausgetragenen Kindes, so steckt die Hebamme ihre Zeigefinger in die Ohren des Kindes und zieht so am Kopfe.

Innere Wehenmittel sind unbekannt. Nachblutungen werden durch ein kaltes Flussbad oder durch Anspritzen von kaltem Wasser an die äußeren Genitalien gestillt. Die Milch der Kokosnuss gilt als Ersatz der Muttermilch für die ersten Tage oder als Nahrung nebenher.

Zeiss (Erfurt).

Kasuistik.

8) Bericht über die St. Petersburger geburtshilfliche Anstalt für 1887.

(Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten 1888. No. 5. [Russisch.])

Die Zahl der Frauen, welche Aufnahme in dieser Anstalt suchen, steigt von Jahr zu Jahr, und es muss aus diesem Grunde die Anstalt immer häufiger zeitweise geschlossen werden. Während noch im Jahre 1881 es nur nöthig war, die Anstalt 7 Tage lang geschlossen zu halten, konnte sie im Jahre 1887 schon 210 Tage lang keine Kreißende aufnehmen. Straßengeburten waren unter diesen Umständen häufig. Viel trägt nach der Ansicht des Verf. des Berichtes dazu der Umstand bei dass in der Anstalt, welche eigentlich nur für unverheirathete Gebärende bestimmt und zu sittlichen Zwecken gegründet ist (Schonung des Rufes der Gebärenden und Verringerung des Kindesmordes), immer mehr Verheirathete Zuflucht suchen, also die Anstalt immer mehr nur den Zwecken der Wohlthätigkeit dient. Da von den Eintretenden den Statuten gemäß keine Dokumente verlangt werden, so hat die Direktion der Anstalt nicht die Möglichkeit, es zu ändern. Im Jahre 1887 betrug die Zahl der verheiratheten Gebärenden 38%.

Im Ganzen kamen im Jahre 1887 3908 Frauen nieder, darunter mehr als

2 Drittel Mehrgebärende. Darunter waren 73 Zwillingsgeburten, 3537 rechtzeitige Geburten mit 3577 Kindern, 254 frühzeitige Geburten mit 278 Kindern, 117 Aborte mit 126 Kindern. 255 Kinder wurden todt geboren oder starben bald nach der Geburt, das Verhältnis der Knaben zu den Mädchen war hoch, 110 : 100.

Die Resultate waren sehr günstig und bewiesen eine steigende Besserung den früheren Jahren gegenüber. Die Mortalität betrug 0,40%, die Mortalität bei infektiösen Wochenbettskrankheiten 0,18%, die Mortalität nach operativen Eingriffen 0,2%, die Morbilität überhaupt 18%. Von pathologischen Zuständen von Seiten der Mutter sind besonders zu erwähnen 31mal Eklampsie und 242 Dammrisse (232 genäht), 68mal war das Becken eng.

Von Operationen wurde das Kind 36mal gewendet (einmal auf den Kopf) 96mal die Zange angelegt, 23mal perforirt, 2mal die Decapitation gemacht, 2mal der Kaiserschnitt nach Sänger und 2mal die Porro'sche Operation.

Die Porro'sche Operation wurde einmal wegen Ruptura uteri mit tödlichem Ausgange, einmal wegen Osteomalacie mit glücklichem Erfolge gemacht; der konservative Kaiserschnitt einmal bei Beckenenge (Cong. diag. 8 cm) mit glücklichem, einmal bei Paralysis der unteren Extremitäten und des Diaphragma in Agone mit tödlichem Ausgange gemacht.

In 93,60% hatten die Kinder Schädellage, in 4,6% Unterendlage in nur 0,93% Querlage.

Endlich wurde einmal im Wochenbett der Uterus wegen Ruptur mit tödlichem Ausgange exstirpirt.

Das Budget der Anstalt betrug im Jahre 1887 91 000 Rubel.

Reimann (Kiew).

9) **H. Voght** (Bergen). Bericht für die Entbindungsanstalt und Hebammenschule in Bergen 1871—1886.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1888. Juli.)

An den Bericht knüpft Verf. verschiedene Bemerkungen, den Hebammenunterricht betreffend, mit specieller Rücksicht auf ein Land wie Norwegen mit beschränkter Anzahl von Ärzten. Für Blutungen bei fest kontrahirtem Uterus (Cervixrisse) hält er den Nutzen der Aortenkompression fest und hat das Mittel in seinem Lehrbuche für Hebammen aufgenommen. Bezüglich der Eklampsie macht er dasselbe für die Venaesectio geltend, deren Anwendung er in gewissen Fällen, wo die Hebamme allein steht, durch die Theorie nicht hinlänglich widerlegt finden kann. **Ingerslev** (Kopenhagen).

10) **L. Frey** (Wien). Heilung von Schlaflosigkeit durch hypnotische Suggestion.

(Wiener med. Presse 1888. No. 25.)

F. führt 3 Fälle von Schlaflosigkeit an, die er durch Hypnotisirung und Suggestion d a u e r n d geheilt haben will.

Der erste Fall betraf eine hysterische Dame, die sich vom Verf. ein Fibrom der Mamma ohne Narkose exstirpiren ließ, und dabei selbst assistirte. Der zweite Fall war ein in Folge einer Verletzung vom Delirium tremens befallener Potator, bei dem das Delirium schon nach der zweiten Suggestion d a u e r n d behoben war. Der dritte Fall betrifft einen Mediciner, der sich eine Kugel in die Brust geschossen hatte.

Verf. findet in allen Fällen von Schlaflosigkeit, in denen man mit medikamentösen Mitteln nicht ausreicht, die Hypnotisirung des Individuums direkt angezeigt, und soll dieselbe dann nach seiner Ansicht unverzüglich ausgeführt werden.

Verf. scheint zu glauben, dass sie dann auch unfehlbar gelingen müsste.

Eben so zieht er die Hypnotisirung dem Fortgebrauch selbst wirksamer Mittel, der gefährlichen Angewöhnung des Organismus wegen, vor.

Von irgend welchem üblen Einflusse auf das Nervensystem der ohnehin schon meist sehr nervösen Personen will Verf. nichts wissen, und verspricht, seine genauen bezüglichen Studien und Experimente demnächst separat zu publiciren. Ob der guten Sache durch solche nicht allzu objektive Beobachtungen genützt wird, scheint dem Ref. sehr fraglich. **v. Buschman** (Wien).

11) **Edwards.** Fall von Überbefruchtung.

(Med. record 1888. Februar 18. p. 201.)

E. hat im Med. record vom 7. Januar p. 20 eine Mittheilung aus dem »Med. and Surgic. Reporter« gelesen, wonach ein 18jähriges Negermädchen mit Weißen und Farbigen den Beischlaf vollzogen hatte und dann von Zwillingen entbunden wurde; 1 davon war weiß, 1 farbig; es war nur 1 Placenta für beide. E. erzählt hier einen ähnlichen Fall, nur dass es sich diesmal um eine mit einem Farbigen verheirathete Negerin handelte, welche außer ihrem Ehemann auch mit einem Weißen einen Beischlaf vollzogen hatte. **Lühe** (Demmin).

12) **Czudowski** (Smoleńsk). Expression bei Zangenoperationen.

(Gazeta lekarska 1887. No. 10.)

Verf. kombinirte öfters Zangenoperationen mit Expression und war mit den Resultaten stets zufrieden. Die Zange wurde in allen Fällen wegen Wehenschwäche bei normalem Becken angelegt. Verf. brachte die Expression derart in Anwendung, dass er gleichzeitig mit den Traktionen (auch in der Wehenpause), einen stätigen Druck auf den Steiß des Kindes ausübte. Die Entwicklung des Kopfes konnte bei dieser kombinirten Methode fast ohne Kraftanstrengung vollzogen werden, auch in Fällen, wo kräftige Traktionen allein nicht zum Ziele führten.

F. Rosner (Lemberg-Franzensbad).

13) **Gebhard.** Ein Beitrag zur Anatomie der Sirenenbildungen.

(Archiv für Anat. und Phys. Anatomische Abtheilung 1888. Hft. 2—4.)

Zwei Sirenen, ein Sympus apus und ein Sympus monopus, aus der Sammlung der Berliner Universitäts-Frauenklinik, sind in obiger Arbeit vom Verf. genau anatomisch untersucht und beschrieben worden. Verf. führt die Verschmelzung der unteren Extremitäten auf die Enge des Schwanztheils des Amnion zurück und es scheint ihm wahrscheinlich, dass schon vor dem Auftreten der Extremitätenanlagen in Folge der Enge des Amnion ein frühzeitiger Verschluss der unteren Theile der Visceralplatten zu Stande kommt. Es müsste ja sonst die Verwachsung der beiden schon getrennt entwickelten Extremitäten durch das zwischen ihnen liegende Schwanzende des Embryo verhindert werden. Die Achsendrehung der unteren Extremität ist nicht auf eine Verdrehung zurückzuführen, es ist im Gegentheil die normalerweise stattfindende Wachsthumsdrehung (cf. E. Fischer, »Das Drehungsgesetz bei dem Wachsthum der Organismen«) in Folge der Verschmelzung ausgeblieben. Die abnorme Stellung des Fußes mit nach vorn gerichteter Ferse und lateral stehenden großen Zehen sei die Folge der abnormen Stellung des Oberschenkels. Auch die ungewöhnliche Stellung der Darmbeinschaufeln bei Sirenenbildung ist nach Verf. die Folge eines Ausbleibens der normalen Wachsthumsdrehung. Die Darmbeine waren direkt in Folge der Enge des Amnion verhindert, ihre Drehungen homodrom auszuführen. Die Aplasie der meisten zum Urogenitalapparate gehörigen Organe in den beiden Fällen des Verf. erklärt er aus der Haltung der Sirenen in utero. Die untere Extremität und mit ihr das Becken war in der Symph. sacroiliaca so stark gebeugt, dass der Unterschenkel an der Schulter lag. Dabei war das Knie gestreckt. In dieser Haltung musste das Becken, welches der vorderen Bauchwand fest angepresst war, einen Druck auf die Bauchorgane ausüben. Auch das Fehlen der eigentlichen aus den Aa. hypogastricae entspringenden Nabelarterie führt Verf. auf den Druck zurück, welcher vom Becken auf die Gefäße des Unterleibes ausgeübt wurde. Das Fehlen der echten Nabelarterie hatte die vikariirende Persistenz einer A. omphalomesaraica zur Folge gehabt. Ob der Mangel einer Afteröffnung und äußerer Genitalien ebenfalls auf eine Druckwirkung zurückzuführen sei, oder ob amniotische Adhäsionen die zur Entwicklung der Geschlechtstheile erforderliche Umbildung der Haut verhinderten, lässt Verf. dahingestellt sein. **v. Święcicki** (Posen).

14) **Greene.** Akute Leukämie während der Schwangerschaft.

(New York med. journ. 1888. Februar 11. p. 144.)

Bei 2 Schwestern hatte G. Gelegenheit, während der Schwangerschaft die Entwicklung einer rasch zunehmenden, durch Blutuntersuchung nachgewiesenen Leukämie zu beobachten. Nachdem der erste dieser Fälle nach spontanem Eintritt der Frühgeburt rasch tödlich verlaufen war, entschloss sich G. im 2. Fall, die künstliche Frühgeburt einzuleiten, was mit so gutem Erfolge gelang, dass Pat. nach ca. 2 Monaten als geheilt angesehen werden konnte. Übrigens hatte sich auch bei einer dritten Schwester, und zwar unabhängig von Schwangerschaft, eine tödlich verlaufende Leukämie entwickelt, so dass trotz der behaupteten Gesundheit der Eltern Erblichkeit vorliegt. **Lühe** (Demmin).

15) **Klotz** (Dresden). Neues Operationsverfahren bei Retroflexio uteri fixati.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 4.)

Ein ausführliches Referat des von K. in der Dresdener gynäkologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrages findet sich bereits in dem Sitzungsbericht dieses Blattes 1888 No. 1. **Graefe** (Halle a/S.).

16) **C. Sandner und R. Nenner** (München). Vier Ovariotomien.

(Münchner med. Wochenschrift 1888. No. 21.)

I. Die vollständig intraligamentär entwickelte Dermoidcyste musste nach stumpfer Durchtrennung des Peritoneum hinter der Tube ausgeschält werden. Der Stiel wurde nach 2 Seiten abgebunden, das Lig. latum durch fortlaufende Seidennaht vereinigt. Fieberfreie Heilung.

Bei Fall II, III, IV handelte es sich um multilokuläre Kystadenome mit Stieldrehung, welch letztere bereits vor längerer oder kürzerer Zeit eingetreten war, und zu peritonitischen Erscheinungen geführt hatte. In Folge dessen hatten sich mannigfache Verwachsungen gebildet, welche die Operation erheblich erschwerten. Bei 2 dieser Kranken traten am 7. bezw. 11. Tag post operat. gastrische Störungen auf, welche nach Erbrechen eines Spulwurmes ihren Abschluss fanden. Die eine Pat. kollabirte hierbei derart, dass der Exitus letalis befürchtet wurde. Beide genasen.

Bei Fall IV wurde die Bauchhöhle, da sie durch Cysteninhalt verunreinigt war, mit großen in Sublimat (1 : 8—9000) gereinigten, dann aber fest ausgedrückten Schwämmen ausgewischt. Noch am Operationstag stieg die Temperatur auf 40,3°, um am nächsten Morgen zur Norm abzufallen. In den nächsten Tagen mehrfache aashaft riechende Durchfälle. Im Urin nur geringe Spuren von Eiweiß.

Am 8. Tag bildete sich ein kleiner Abscess in der Nabelgegend. Die nach Eröffnung desselben restirende, granulirende Fläche wurde aus Versehen mit in 2‰ige Sublimatlösung getauchter Watte abgewischt. Abends Temperatur 39°. Nachts und am nächsten Tag, allerdings nach Ol. Ric. wieder mehrfache aashaft riechende, graugrüne Stühle. Die Verff. sehen diese als Folgen einer Sublimatintoxikation an. Schnelle Temperatursteigerungen mit baldigem Abfall sind bisher als Symptome einer solchen noch nicht beobachtet worden. Nur Jolles (Centralblatt für klin. Med. 1888 No. 16) hat bei Thierversuchen ein Gleiches gesehen.

Graefe (Halle a/S.).

17) **J. H. Etheridge.** Über vaginale Hysterectomie.

(Med. age 1888. No. 3.)

Als Indikationen für die vaginale Totalexstirpation führt E. außer dem Carcinom des Uterus den Prolaps der Gebärmutter, kleine Fibrome derselben, schließlich nach dem Vorgang Péan's Hystero-Neurosen an, für welche bislang die Kastration von verschiedener Seite empfohlen wurde. Aus seiner ausführlichen Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden sei nur hervorgehoben, dass Verf., welcher früher die schrittweise Unterbindung der Lig. lata nach Umstülpung des Uterus übte, in seinen letzten Fällen sich blutstillender Zangen bedient, wie sie auch von

Landau zu gleichem Zweck verwandt werden. Nach 48 Stunden werden sie abgenommen.

Die 4 Fälle, über welche E. berichtet, sind nun folgende:

1) Carcinom des Cervix uteri. Feste Verwachsungen mit Blase und Rectum, bei deren Durchtrennung sowohl Blase wie Rectum verletzt wurden. Umstülpung des Uterus durch den Douglas. Schrittweise Unterbindung der Lig. lata. Nach Entfernung des Uterus Naht der Rectum- und Blasenverletzung. Vagina mit Jodoformgaze tamponirt. Tod nach 45 Stunden an Peritonitis. Bei der Autopsie fand sich noch eine zweite Stelle, in welcher die Blase eröffnet worden, die aber nicht bemerkt worden war.

2) Kleines Cervixcarcinom. Feste Verwachsung des Uterus mit der Blase. Letztere wurde eröffnet. Exstirpation des Uterus wie im vorigen Fall. Beim Vernähen der Blasenverletzung lockerten sich die Ligaturen des linken Lig. latum. Profuse Blutung, welche sorgfältig gestillt wurde. Vagina mit Jodoformgaze tamponirt. Am 2. und 3. Tag geringe Temperatursteigerung. Dann glatter Verlauf.

3) Cervixcarcinom. Nach Loslösung des Cervix von seiner Umgebung Eröffnung des Douglas und der Excavatio vesico uterina und Hervorwälzung des retroflektirten Uterus. Anlegung der erwähnten Zangen an die Lig. lata und Durchtrennung der letzteren. Abgesehen von einer Unterbindung einer einzelnen Arterie keine Ligaturen. Geringes Fieber. Sonst ungestörte Heilung.

4) Vaginale Totalexstirpation wegen nicht zu beseitigender (wiederholtes, vergebliches Curettement) Metrorrhagien bei einer 47jährigen Frau in gleicher Weise wie beim vorigen Fall. 6 Stunden nach Beendigung der Operation heftige Nachblutung, welche nach Ergotininjektion ins Rectum stand. Nach 4 Tagen Temperatursteigerung auf 39° R. Die Vaginalwunde wurde mit einem Sims'schen Speculum bloßgelegt, gangränöse Fetzen und übelriechende Blutgerinnsel entfernt. Sofortiger Abfall der Temperatur. Von da ab ungestörter Heilungsverlauf.

Graefe (Halle a/S.).

18) J. W. Elliot (Boston). 30 Fälle von Laparotomie.

(Boston med. and surg. journ. 1888. April 5. p. 346.)

Verf. hat nie eine Operation verweigert, wo noch eine geringe Chance zur Rettung der Pat. bestand, und wiederholt in extremis operirt. Unter den 30 Operationen befinden sich drei unvollendete, wovon zwei letal verliefen; im Ganzen starben vier Frauen von den dreißig.

Die Operationen selbst waren 13 Ovariotomien, darunter 5 doppelseitige, 4 Dermoidcysten, ein Fibrom des Eierstocks, eine Parovarialcyste, mit einem Todesfall (septische Peritonitis). 2mal handelte es sich um vereiterte völlig adhärente Ovarialcysten, deren Entfernung sich als unmöglich erwies, sie wurden desshalb incidirt, in die Bauchwunde vernäht und drainirt; beide Fälle genasen, in dem einen war der Tumor papillomatös und nach 2jährigem Wohlbefinden entwickelte sich eine weitere Geschwulst.

Dreimal wurden Ovarien exstirpirt, welche nicht geschwulstig entartet waren, und zwar je 1mal wegen Fibroid des Uterus, schwerer Hysterie, chronischer Ovaritis und Periovaritis; alle genasen von der Operation, das Fibroid verschwand, die Hysterie und Ovaritis wurden gebessert.

Zweimal wurden beide Tuben entfernt (1 Salpingitis, 1 Pyosalpinx), 1mal eine Tube (Hydrosalpinx). Heilung in allen Fällen.

In 1 Falle wurde bei rapid wachsendem Uterusfibroid die supravaginale Hysterektomie ausgeführt, mit extraperitonealer Stielversorgung. Heilung.

Außerdem wurde die Laparotomie noch ausgeführt auf folgende Indikationen hin: je 1mal eitrige Peritonitis in Folge vereiterter Ovarialcyste, intraperitonealer Abscess in Folge Perforation des Wurmfortsatzes. Heilung in beiden Fällen; Krebs des Rectum; Kolotomie mit letalem Ausgang; allgemeine carcinomatöse Peritonitis, Tuberkulose des Peritoneums; in beiden Fällen Erleichterung der Beschwerden für Monate.

Dreimal wurde der Explorativschnitt gemacht und zwar je wegen Sarkom des

Eierstocks und Pyosalpinx (Pat. moribund, stirbt), chron. Peritonitis, Ovaritis und Salpingitis, zu viele und zu starke Adhäsionen, Tod; Fibroid tief im breiten Bande. Genesung. **Kreutzmann** (San-Francisko).

19) **A. Dunlap.** Laparotomie an einem noch nicht 1 Stunde alten Kinde.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1888. Januar 14. p. 50.)

Bei einem sonst gesunden Neugeborenen fand sich ein großer Nabelstrangbruch, in welchem ziemlich der ganze Darm enthalten war. Da eine Reposition sich wegen der engen Bruchöffnung unmöglich erwies, wurde letztere blutig erweitert, worauf der Darm in die Bauchhöhle zurückgelagert und die Wunde genäht wurde. Die Operation geschah ohne Chloroform und ohne Schmerzäußerung des Kindes, welches rasch genaß. **Lühe** (Demmin).

20) **Bayard Holmes.** Primäre Geschwülste des breiten Mutterbandes.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1888. Februar 18. p. 191.)

In der von Sänger (Archiv für Gynäkologie XVI, p. 258 und XXI, p. 279) aufgestellten Liste von 11 primären Geschwülsten der breiten Mutterbänder fügt hier H. noch 6 neuere Fälle hinzu, wovon 3 von Freund, 1 von Bantock bereits veröffentlicht sind, während 1 neuerer von Fenger und 1 von H. selbst noch nicht mitgetheilt worden sind. Der letztere, mit glücklichem Ausgang von H. entfernte Tumor enthält wenig Bindegewebe, dagegen zahlreiche ungestreifte Muskelfasern, und hält Verf. ihn für ein Leiomyom, wahrscheinlich ausgegangen von den im breiten Mutterband von mehreren Forschern nachgewiesenen zarten Muskelsträngen. Im Gegensatz zu seinem Fall endete die Fenger'sche Operation tödlich; hier lag ein Fibroid vor, welches durch Verschmelzung mehrerer kleinen Geschwülste zu einer größeren Masse entstanden war. **Lühe** (Demmin).

21) **Goodell.** Intraligamentöse Kysten.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1888. Februar 4. p. 148.)

Außer dem gewöhnlich multiloculären Ovarien-Kystom und der meist unilokulären Parovariencyste ist die gewöhnlichste Art der Unterleibscysten die intraligamentöse. Die unilokuläre Form der letzteren ist papillomatös und wohl hervorgegangen aus einer cystischen Degeneration eines der vertikalen Schläuche des Parovarium, welche die Überbleibsel des Wolff'schen Körpers sind. Die multilokuläre gleichfalls papillomatöse intraligamentöse Cyste hat nur einige kleine Tochtercysten, ist mit klarer Flüssigkeit erfüllt und enthält feste Papillome. Sie ist weit fester verwachsen, als ihre einfächerige Schwester, auch mit Blase und Uterus, welche sie beim Emporwachsen von Peritoneum entblößt, indem sie sich zwischen jene und das sie überziehende Bauchfell schiebt. Eben so verhält sie sich gegen die Ureteren, die großen Beckengefäße und das Rectum und verwächst fest mit allen diesen Organen, so dass ihre Atrennung von ihnen höchst schwierig, wenn nicht gar unmöglich wird, da sie auch zwischen die Falten des Mesenteriums sich eindrängen und die Darmschlingen selbst umfassen kann. Außer zu diesen ausgedehnten Verwachsungen hat die intraligamentöse Cyste ferner noch die Neigung zu bersten und das ganze Peritoneum mit papillomatösen Massen zu inficiren. Ob diese Massen immer bösartiger Natur seien, darüber ist G. zweifelhaft, indem er nach jenem Ereignis sowohl Tod als Genesung eintreten sah.

Als Zeichen für diese Geschwulstform bezeichnet G. die Unbeweglichkeit und das tiefe Herabreichen des Sackes, die vertikale Verlängerung der Gebärmutter und Harnblase, Erschwerung des Harnlassens und des Stuhlgangs, Beckenschmerzen, unsymmetrisches Wachsthum in der Bauchhöhle und Überlagern von Eingeweiden nach vorn. Die Operation ist immer sehr schwierig, sind gar zu feste Verwachsungen mit wichtigen Organen vorhanden, so schneidet man ein Stück der Cystenwand ab und lässt es an jenem sitzen, am besten, indem man die absondernde innere Auskleidung der Wand abschabt. Die Ränder der zurückbleibenden

Kapsel werden dann zur Bauchwunde gebracht, mit ihr vereinigt und drainirt, zugleich auch ein Drain durch den Douglas hindurchgeführt. **Lühe** (Demmin).

22) **Van der Veer.** Große Cyste der Niere, durch Bauchschnitt entfernt.

(New York med. journ. 1888. Januar 28. p. 94.)

Durch Bauchschnitt wurde eine große Cyste der Niere mit günstigstem Verlauf entfernt, ohne dass vorher die Diagnose hatte gestellt werden können. Mehrmals war von verschiedenen Ärzten die Geschwulst punktirt worden, einmal sogar mit länger andauerndem Erfolge. **Lühe** (Demmin).

23) **Goelet.** Fall von vollständigem Vorfall des Uterus und der Harnblase mit Harnsteinbildung.

(New York med. journ. 1887. December 31. p. 739.)

In einer großen aus der Vulva vorfallenden Gewebsmasse fand sich außer dem Uterus auch die ganze Blase, welche mehrere, ziemlich große Steine enthielt. Obgleich der Prolaps schon 15 Jahre lang bestanden hatte, gelang es doch, ihn in Narkose zurückzubringen. Nach Erweiterung der Urethra wurden nun mit der Zange 18, mittels Ausspülungen noch 12 Steine, im Gesammtgewicht von etwa 80 g herausbefördert, der größte wog 13 g, und hatte einen Durchmesser von etwa 3 cm. Es entstand Cystitis, die Frau starb nach 16 Tagen.

Lühe (Demmin).

24) **Penrose.** Bauchschnitt bei Erkrankung der Uterusanhänge.

(New York med. journ. 1887. December 31. p. 749.)

P. hat im Jahre 1887 ohne Todesfall 11 Operationen der Art ausgeführt. Darunter befanden sich 5 einseitige Operationen und vor der Hand hat P auch keine Ursache, die Zurücklassung der gesunden Ovarien zu bedauern, ja in 1 Fall ist auch sogar Schwangerschaft eingetreten. In einem der Fälle erforderte fortdauerndes Erbrechen die künstliche Ernährung per rectum durch 3 Wochen hindurch. Fast stets war eitrige Salpingitis oder Oophoritis die Ursache, 2mal fand sich bei der Eröffnung der Bauchhöhle in derselben bereits freier eitriger Erguss vor, offenbar in Folge des Berstens solcher Eitersäcke. 6mal wurde eine Drainröhre in die Bauchhöhle eingeführt, ohne dass dadurch der Verlauf länger hingezogen worden wäre, als in den Fällen ohne Anwendung der Drainage, die Beschwerden schienen sogar geringer zu sein. In einem dieser letzteren Fälle entstand ein kleiner Bauchbruch. Die Anwendung von Opium wurde niemals nöthig.

Lühe (Demmin).

25) Diskussion über die Battey'sche Operation in der Medical society of the district of Columbia.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1888. Januar 7. p. 23 und Januar 14. p. 50.)

Wie in anderen medicinischen Gesellschaften diesseits und jenseits des atlantischen Oceans hat auch in der des Staates Columbia die Operationsgeschichte eines Falles von Johnson vorgetragen zu einer Debatte über Berechtigung oder Nichtberechtigung der sog. Battey'schen Operation geführt. Auch hier handelt es sich hauptsächlich um die Frage, ob nicht vielleicht noch andere Mittel die Störungen hätten beseitigen können, welche von cystischer Entartung der Ovarien und adhäsiver Peritonitis in ihrer Umgebung ausgegangen waren. In dieser Hinsicht wird von Reyburn mit Recht auf die Erfolge verwiesen, welche von Coe in solchen Fällen ohne operatives Eingreifen erzielt worden sind. Dagegen werden von der anderen Seite einzelne Fälle zur Rechtfertigung der Operation beigebracht, z. B. einer von Gooding, in welchem angeblich eine während der Pubertät sich entwickelnde und jahrelang bestehende Psychose durch die Kastration geheilt wurde und noch 1 Jahr später nicht rückfällig geworden war. **Lühe** (Demmin).

26) **Gordon.** Tubenschwangerschaft, Ruptur, Operation, Genesung.

(New York med. journ. 1888. Februar 4. p. 118.)

Dieser Fall ist dadurch besonders interessant, dass die Diagnose der Extrauterin-Schwangerschaft schon gestellt war, ehe die Ruptur des Sackes mit seinen

Folgen eintrat. Die nun schleunigst unter hochgradigem Collaps und Anämie der Pat. ausgeführte Laparotomie führte zur Genesung. **Lühe** (Demmin).

27) **Chambers.** Septische Peritonitis nach Laparotomie.

(New York med. journ. 1888. Februar 18. p. 173.)

Die früher so gefürchtete septische Peritonitis nach Laparotomie ist jetzt nur noch eine Seltenheit. Sie entsteht aus 4 Ursachen: 1) durch einen Fehler des Operateurs entweder durch Nachlässigkeit oder durch die Unmöglichkeit, die Bauchhöhle vollkommen zu reinigen; 2) durch die Einführung septischen Materials bei der Operation mit Schwämmen, Instrumenten, Händen; 3) durch Absonderung aus dem Stumpf oder aus getrennten Verwachsungen; 4) in Folge von Durchbruch einer Eiterhöhle, welche um einen extraperitoneal behandelten Stiel oder innerhalb der Wundränder sich gebildet hat. Zur thunlichsten Reinigung der Bauchhöhle nach der Operation empfiehlt sich in erster Reihe das von Tait geübte Eingießen gekochten warmen Wassers in reichlicher Menge aber ohne alle Ausübung von Gewalt. **Lühe** (Demmin).

28) **F. W. Elliot** (Boston). Tuberkulose des Bauchfells; Entfernung des Ascites durch Bauchschnitt; Genesung.

(Boston med. and surg. journ. 1888. Mai 17. p. 492.)

14jähriges, zartgebautes Mädchen; Operation am 12. December 1887; viel Flüssigkeit entleert, Peritoneum der Bauchorgane und Netz war mit kleinen harten »Tuberkeln« besetzt; an ausgeschnittenen Knötchen wurde die Diagnose: Tuberkulose mikroskopisch bestätigt. Glatte Heilung; 4 Monate nach der Operation ist das Abdomen flach und weich, Allgemeinbefinden vorzüglich.

Kreutzmann (San-Francisko).

29) **Grace Peckham.** Die Abhängigkeit nervöser Störungen, sowohl örtlicher als allgemeiner, von Erkrankungen der inneren weiblichen Geschlechtsorgane.

(Med. record 1888. Februar 18. p. 177.)

Verf., Gynäkologe, hat sich seit längerer Zeit der dankenswerthen Mühe unterzogen, bei den von ihm behandelten Krankheiten der inneren Genitalien zugleich auf den Zustand des Nervensystems zu achten und denselben aufzuzeichnen. Er berichtet über 517 Fälle, von welchen 170 mit nervösen Störungen über das Becken hinaus einhergingen. Sehr viel zahlreicher treten natürlich Schmerzen im ganzen Becken auf, 226mal. Sehen wir von letzteren ab, und gehen mit dem Autor die ferner liegenden Störungen nach den einzelnen Erkrankungsreihen durch, so finden wir unter 97 Fällen der verschiedenen Formen des Gebärmuttervorfalls 16mal solche Störungen verzeichnet, 2mal darunter allgemeine Nervosität. Unter 42 Frauen mit Versionen haben sie 9, unter 71 mit Flexionen 28, ein Verhältnis, sehr zu Ungunsten der letzteren, unter welchen sich 2 mit Nervosität, 5 mit Hysterie befinden. Endometritis mit und ohne Komplikationen ist 111mal verzeichnet, darunter 44mal Affektionen entfernterer Nervenbahnen mit 3 Fällen Nervosität und 6 Hysterie. Die Erkrankungen der breiten Mutterbänder stellen 53 Fälle mit 20 Nervenerkrankungen über das Becken hinaus, darunter 1 Nervosität. Die Ovarien waren 24mal erkrankt, dabei 13mal auch entferntere Nervenerkrankungen mit 8 Hysterien vorhanden. 32 Fälle von Metritis stellten 9 (darunter 2 Nervosität), 26 solche von Parametritis 9, 14 Fälle von Cervixrissen nur 2, 47 Fälle von Cervicitis und Endocervicitis 20 Fälle von solchen Nervenstörungen, unter letzteren auch 1 Hysterie. Es ist hier nicht der Ort, die einzelnen Gruppen im Einzelnen näher zu zergliedern, doch möchte Ref. besonders auf die letzten beiden Erkrankungsreihen aufmerksam machen, deren geringe Einwirkung auf den allgemeinen Zustand des Nervensystems in grellem Widerspruch mit den landläufigen Anschauungen der amerikanischen Ärzte stehen. Der Verf. geht in seinen Betrachtungen über die Ergebnisse seiner Aufzeichnungen so weit, zu behaupten, dass die Erkrankungen des Uterus und seiner Adnexa nicht häufiger schwerere Nervenstörungen veranlassten, als Erkrankungen anderer wichtiger Organe. Wenn bisher

die gegentheilige Anschauung geltend gewesen sei, so sei der Grund darin zu suchen, dass die Koryphäen der Wissenschaft nur die schlimmsten Fälle sehen und die so gemachten Erfahrungen zu verallgemeinern geneigt sind, wogegen der gewöhnliche Praktiker, welcher eher alle Grade der Krankheiten zu sehen bekomme, auch andere Erfahrungen sammle (?). Gewiss ist zu wünschen, dass in derartigen statistischen Arbeiten fortgefahren werde. **Lühe** (Demmin).

30) **Winterberg** (San-Francisko). Ein Fall von vaginalem Steinschnitt.

(Pacific med. and surg. journ. 1888. Juni. p. 324.)

52jährige Frau, verheirathet, 6 rechtzeitige, 2 Fehlgeburten, Menopause seit 6 Jahren. Vor 6 Jahren, angeblich nach einem Fall gegen ein Stück Holz auf die linke Bauchseite, begannen die ersten Beschwerden, zeitweilige Schmerzen in der linken Nierengegend, erschwerte Harnentleerung. Vor 2 Jahren ging ein kleiner Stein mit Blut und Eiter ab, 4 Monate später ähnliche Erscheinungen. Darauf allmählich Verschlechterung; mangelhafte ärztliche Behandlung wegen entlegenen Wohnsitzes der Pat. Dieselbe kommt nach San-Francisko; Stein mit Leichtigkeit entdeckt; Pat. ist äußerst herabgekommen und nervös. Operation am 22. April, Incision der Vesico-Vaginalwand in der Ausdehnung von ca. 3 Zoll (7,6 cm); der Stein ist in ein Divertikel eingebettet, wird mit schmaler Kornzange entfernt; derselbe wiegt 900 grains (= 58 Gramm); größter Durchmesser 2 Zoll (5 cm), größter Umfang $5^1/_2$ Zoll (14 cm). Die Wunde wird sorgfältig mit Seiden- und 12 Katgutnähten vernäht, die Blase ausgewaschen, ein Verweilkatheter eingelegt. Glatte Heilung. **Kreutzmann** (San-Francisko).

31) **Piskaček** (Wien). Ein zerlegbarer, doppelläufiger Uteruskatheter.

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 15.)

Um eine exakte Reinigung des Katheters zu ermöglichen, modificirte P. den der Form nach ungefähr dem Bozeman-Fritsch'schen entsprechenden Uteruskatheter in der Weise, dass der uterinale Theil zerlegbar ist. Das erreicht P. dadurch, dass um einen soliden Stab, der an 2 entgegengesetzten Seiten Hohlrinnen trägt, 2 ablegbare Rinnenplatten angebracht werden, die an der Spitze mehrere Ausflussöffnungen tragen; die konkave so gebildete Rinne dient als Einflussrohr, die konvexe als Abflussrohr. Zusammengehalten werden diese Platten an der Spitze durch eine anschraubbare Kapsel, am Grunde, in dessen Nähe sich die Abflussöffnung befindet, durch einen Bajonett-Verschluss. Das Instrument verfertigt Fabrikant Leiter in Wien. **Torggler** (Innsbruck).

32) **Netzel** (Stockholm). Missbildung.

(Svenska Läkare sällskapets Forhandl. Hygiea 1887. December.)

N. demonstrirte einen missgebildeten Fötus, von einer Primipara herrührend. Die Missbildung bestand in einer bedeutenden Encephalocele frontal., einer kompleten Eventration einer starken Winkelneigung nach rechts an beiden unteren Extremitäten. Das Kind war 41 cm und hatte bis kurz vor der Geburt gelebt. Amnion war hochgradig verändert, verdickt, mit gelblich weißem Belege, an der Innenseite bildeten viele Amnionduplikaturen zahlreiche Buckel und Recessus, namentlich oberhalb der Placenta, wo eine Amnioncyste lag. Die Länge der Nabelschnur war nur 2—3 cm, sie inserirte excentrisch und hatte nur eine Vene und eine Arterie.

Die Entstehung der Missbildung durch eine gestörte Amnionbildung war hier deutlich und hatte in den ersten Tagen der Embryonalentwicklung stattgefunden. Eine gestörte Nutrition in der neugebildeten Amnionwand, bevor die Amnionflüssigkeit sich gesammelt hatte, war von einer Festwachsung an den fötalen Polen, namentlich rechterseits gefolgt, daher die durch Fixation bedingte eigenthümliche Winkelbeugung. **Ingerslev** (Kopenhagen).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: **Medicinischer Anzeiger.**

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 44. **Sonnabend, den 3. November.** **1888.**

Zur operativen Behandlung verjauchter Uterusmyome.

Von
Dr. **Albert Sippel**, Frankfurt a/M.

Die Diskussion auf dem diesjährigen Kongress zu Halle über die Stielbehandlung nach supravaginaler Uterusamputation führte zu keinem Abschluss. Konstatirt wurde die größere Sicherheit gegen Infektion, welche die extraperitoneale Methode giebt. Zugleich aber machte sich der berechtigte Wunsch geltend, auf die Vortheile, welche die intraperitoneale Methode in Bezug auf Schnelligkeit der Heilung und Einfachheit der Nachbehandlung hat, nicht so ohne Weiteres zu verzichten. Es bezeugten dies die verschiedenartigen Modifikationen, welche man für die intraperitoneale Methode in Vorschlag brachte.

Vielleicht wäre es besser, die seitherige Fragestellung: »intraperitoneal oder extraperitoneal« zu ändern und zu sagen, wann soll man intraperitoneal und wann extraperitoneal behandeln. Entscheidend für die Beantwortung dieser Frage wird sein vor Allem: Der Uterusinhalt, die Beschaffenheit seines Sekrets, die Beschaffenheit des Scheideninhalts und des Scheidenschlusses, namentlich die aseptische Zuverlässigkeit vorhergegangener interner Untersuchungen,

speciell Sondirungen, so wie ferner die Struktur des Stieles, ob derselbe aus normalem, gut vaskularisirten, widerstandsfähigem und zu rascher primärer Verklebung geeignetem Gewebe besteht, oder ob in ihm noch Geschwulsttheile mit verminderter Widerstandskraft und schlechter Vaskularisation enthalten sind.

Es ist nicht der Zweck dieser Zeilen, der angeregten Frage direkt näher zu treten. Ich möchte nur kurz über einen Fall referiren, bei dem ich die extraperitoneale Behandlung für geboten hielt, während ich im Übrigen der intraperitonealen Methode ein möglichst großes Gebiet zukommen lassen möchte. Zugleich beweist der vorliegende Fall analog einiger bereits veröffentlichten (Kaltenbach, Odebrecht u. A.), eine wie große antiseptische Sicherheit das extraperitoneale Verfahren zu geben im Stande ist.

Frau H. von hier, 57 Jahre alt, war immer leidend, ohne eine eigentliche Krankheit durchgemacht zu haben. Der gegenwärtige Kräftezustand ist gut. Ihre Menses hatte sie unregelmäßig. Seit 14 Jahren Klimax. Während derselben alle 2—3 Jahre stärkere Blutungen ohne Schmerzen. Die letzte Blutung vor 2 Jahren. Seit einigen Tagen besteht wieder Blutabgang, welcher Pat. in meine Behandlung führt.

Es handelte sich um ein bis etwas über Nabelhöhe gehendes, hartes, submucöses Myom, welches in der vorderen Corpuswand saß. Die Geschwulst bestand schon seit Jahren ohne zu wachsen. Der Cervix war kurz, etwas aufgelockert. Als ruhige Lage keine Besserung brachte, die Blutung im Gegentheil zunahm, wurde Ergotin 0,2 jeden 3. Tag subkutan angewandt, dabei heiße und kalte Scheidenausspülungen. Bei dieser Behandlung wurde die Blutung vorübergehend besser. Es stellten sich öfter wiederkehrende wehenartige Schmerzen ein, welche jedoch auf die Beschaffenheit des Cervix ohne Einfluss blieben. Nachdem die Ergotinbehandlung ungefähr 10 bis 12 Tage gedauert hatte, wurde der Ausfluss übelriechend. Es trat Fieber ein und nach 2—3 weiteren Tagen wurde ein walnussgroßes gangränöses jauchiges Myomstück ausgestoßen.

Nunmehr handelte es sich um ein gangränescirendes, verjauchtes Myom mit septischem Resorptionsfieber bis zu 39,6° C. In wie weit die Ergotinbehandlung zur Gangrän beigetragen hat, will ich nicht entscheiden, nur will ich bemerken, dass ich auch in einem zweiten Falle nach Ergotinbehandlung Gangrän des submucösen Myom mit gleichzeitiger Geburt in die Scheide eintreten sah.

Das jauchende Myom war eine direkte Lebensgefahr und musste entfernt werden. Ein Eingriff von der Scheide her war wegen der Größe der Geschwulst etc. von vorn herein ausgeschlossen. Es blieb somit die Laparotomie. Man musste sich nun darüber klar sein, dass in diesem Falle eine Desinfektion der Cervixhöhle nicht möglich war. Das gesammte Cavum uteri war mit jauchigen Massen erfüllt. Eine Ausspülung mit Chlorwasser konnte die Jauchung nicht beseitigen, wie ja eine zuverlässige Desinfektion auch bei ein-

facheren Verhältnissen durch eine Ausspülung allein nicht zu erreichen ist. Hätte man auch nach Abtragung des Uterus den Cervicalkanal bis zur elastischen Ligatur sorgfältig desinficirt, so blieb doch noch immer der durch die Ligatur zusammengeschnürte, so wie unterhalb gelegene Abschnitt mit seinem putriden Inhalt. Die Schröder'sche Methode konnte daher wegen der großen Gefahr der Sepsis nicht zur Anwendung kommen; man konnte die Bauchhöhle nicht gegen die Infektionsgefahr vom Stumpfe aus schützen. Anders lag es bei der Hegar'schen Methode. Wenn es hier gelang, die Infektion der Bauchhöhle durch die jauchigen Massen beim Abtrennen des Uterus abzuhalten, so war eine spätere Infektion von dem extraperitoneal befestigten Stumpfe aus bei richtiger Nachbehandlung nicht mehr zu befürchten. Es wurde desshalb die extraperitoneale Stumpfbehandlung beschlossen.

Der Schutz der Bauchhöhle wurde vollständig erreicht, jedoch nicht nach dem, wo es möglich ist, vorzuziehenden Verfahren von Kaltenbach, welcher in solchen Fällen erst das parietale Peritoneum genau an das Peritoneum des Stieles anheftet und dann den Uterus abträgt. Der Stiel war sehr kurz, die Bauchdecken dick und der Raum zum Annähen des Peritoneum vor Abtrennung des Tumors ungenügend. Durch sorgfältig umgepolsterte feuchte Sublimatgaze und durch Sublimatschwämme wurde die Bauchhöhle abgeschlossen. Sodann wurde der Uterus allmählich durchtrennt und das aus seinen Wandgefäßen herausfließende venöse Blut mit besonderen Schwämmen aufgefangen, um die nach Eröffnung der Uterushöhle selbst ausfließende Flüssigkeitsmenge möglichst einzuschränken. Hierauf wurde der Uteruskörper völlig abgetragen. Es entstand ein derartig aashafter Geruch, dass die assistirenden Herren Kollegen unwillkürlich sich abwandten. Die Manipulationen, welche weiterhin zum Schutze der Bauchhöhle angewandt wurden, zu beschreiben, dürfte überflüssig sein. Es ergeben sich dieselben bei überlegtem Handeln im gegebenen Falle von selbst. Bemerken will ich nur, dass erst ein Abwaschen mit nassen 1‰igen Sublimatschwämmen und ein sorgfältiges Entfernen aller seither benutzten Kompressen und Schwämme stattfand. Zum Schlusse wurde der Stumpf gekürzt, der Cervicalkanal, so weit möglich, eben so wie die ganze Oberfläche des Stumpfes bis zur Ligatur mit 10%iger Karbollösung desinficirt. Dann erst erfolgte die Anheftung des Peritoneum an den Stiel. Cervix, Stumpf und Wundtrichter wurden leicht jodoformirt, der Wundtrichter mit Jodoformgaze locker gefüllt und ein aseptischer Verband angelegt.

Die Temperatur am Abend nach der Operation betrug 37,4, während sie Abends zuvor noch auf 39,4 gestiegen war. Sie blieb im ganzen Heilungsverlauf vollkommen normal. Am 4. Tage Verbandwechsel, Entfernung der Jodoformgaze aus dem Wundtrichter und von da ab tägliches Ausspülen desselben mit 2%iger Lösung von essigsaurer Thonerde. Die Schnittfläche des Stumpfes wurde mit Salicylsäure-Tannin-Pulver bepudert. Dasselbe wirkte vorzüglich

austrocknend. Am 14. Tag stößt sich der Stumpf ab. Der Trichter schloss sich unter Beförderung der Vereinigung mit seitlicher Heftpflasterkompression im Verlauf von 2—3 Wochen. Die geheilte Pat. hat von Seiten der Narbe keinerlei Beschwerden.

Trotz aller Vorliebe für intraperitoneale Behandlung, glaube ich, soll man in Fällen wie der vorliegende der extraperitonealen Methode den Vorzug geben. Bei ihr hat man die Gefahr der Infektion der Bauchhöhle nur einmal, nämlich beim Abtrennen des Uterus, während bei intraperitonealer Behandlung sowohl diese Gefahr besteht, als weiterhin noch die weit größere Gefahr der sekundären Infektion vom versenkten Stiele aus. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass Zweifel in Halle über ähnliche Fälle berichtete, welche bei intraperitonealer Behandlung reaktionslos heilten. Man kann aber die Infektion vom versenkten Stiele aus hierbei mit einiger Sicherheit nicht vermeiden.

---

1) **Ernest Hermann** (London). Über Behandlung der frühen Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Lancet 1888. Mai. p. 1021.)

H. ist der Ansicht, dass Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft, welche in frühzeitiger Ruptur und Aufsaugung des Fötus und ergossenen Blutes enden, bei Weitem häufiger sind wie gewöhnlich angenommen wird, wenn er auch nicht so weit geht wie Veit, welcher dieselbe die häufigste aller Erkrankungen der Tuben, die zur Behandlung kommen, nennt. Von den zur Behandlung empfohlenen Methoden verwirft H. die Punktion als unsicher, Thomas' Methode des Eindringens in den Sack mit dem galvanokaustischen Messer von der Scheide aus als gefährlich; die Wirkung der Elektricität ist ganz unsicher, die berichteten günstigen Resultate zweifelhaft wegen Unsicherheit der Diagnose, es bleibt daher nur (Winckel's Methode erwähnt H. nicht) der Bauchschnitt übrig. In jedem einzelnen Fall ist sorgfältig abzuwägen, ob die Gefahr der Operation nicht größer ist als diejenige des Abwartens. Allgemeine Regeln lassen sich nicht angeben, jeder Fall muss für sich beurtheilt werden. 3 Fälle werden mitgetheilt.

Der erste betrifft eine 28jährige Frau, welche 1mal geboren hat und seit der Geburt kränkelnd war. 6 Wochen vor der Aufnahme in das Krankenhaus hatten sich in Folge eines Falles heftige Schmerzen im Unterleib eingestellt, es war Blut und Stücke Haut abgegangen. Bei der Untersuchung fand sich hinter dem Uterus ein elastischer Tumor, der sich nach oben bis 3 Finger breit unter den Nabel erstreckt. Aspiration ergiebt nur Blut. Bei dem Bauchschnitt findet sich, dass die Geschwulst aus festen, theilweise farblosen Blutgerinnseln bestand, unter denselben ein Fötus von 3 Monaten, welcher dicht an der rechten Tube anlag, deren äußerer

Theil dilatirt und offen war, als wenn das Ende abgerissen wäre. Heilung ohne bemerkbaren Zwischenfall.

In dem zweiten Fall handelte es sich um eine Frau, die 1mal geboren und die letzten Menses vor 2 Monaten gehabt hatte. Während der letzten Wochen hatte sie heftige wehenartige Schmerzen und Erbrechen gehabt, dabei hatte sich blutiger Abgang eingestellt. Neben dem Uterus ließ sich deutlich eine etwa apfelgroße Geschwulst konstatiren. Die Diagnose lautete auf Extra-uterin-Schwangerschaft. Bei der Laparotomie wurde die Geschwulst mit Blutcoagula angefüllt gefunden, welche die dilatirte und geplatzte Tube umgeben, doch fand sich keine Frucht. Heilung.

Der dritte Fall betraf eine 20jährige Ipara, bei welcher sich während der Menses eine Anschwellung gebildet hatte, welche von der Scheide aus incidirt wurde. In Folge dessen trat Verjauchung ein. Der Bauchschnit zeigte um die rechte Tube eine Höhle, welche mit Blut angefüllt war. Die Tube selbst war stark erweitert, zerrissen und enthielt ein Blutcoagulum von Walnussgröße. Tod.

Engelmann (Kreuznach).

---

2) **P. M. Schiedt** (Philadelphia). Behandlung des nachfolgenden Kopfes.

(Amer. journ. of obstetr. 1888. März. p. 282.)

S. glaubt in seinem Aufsatze folgende interessante Thatsache gezeigt zu haben:

1) Die Methode der Expression wurde von der Zeit des Celsus bis 1573 angewandt.

2) Der Prager Handgriff wurde zuerst von Puzos im Jahre 1573 beschrieben, von Kiwisch 1846 wieder entdeckt. Mauriceau beschrieb seine Methode 1668, die Modifikationen von Portal, Smellie und Veit sind nicht so wesentlich, wie sie dargestellt werden.

3) Die Zange am nachfolgenden Kopf ist die beste, rascheste und sicherste Methode für Mutter und Kind.

Engelmann (Kreuznach).

---

3) **A. Bloch** (Wien). Über die Behandlung von Metrorrhagien, bedingt durch Retention von Abortusresten.

(Centralblatt f. d. ges. Therapie 1888. Hft. 4.)

Behufs Sistirung von Metrorrhagien, die ihren Grund in zurückgebliebenen Eihautresten nach einem Abortus haben, wird auf Breisky's Klinik in Wien nach folgenden Gesichtspunkten vorgegangen:

1) Desinfektion des Genitales; 2) langsame Dilatation mit entsprechend zubereiteten und geformten Laminariastiften; 3) Desinfektion und Austastung des Uterus mit dem Finger, um über Sitz und Form der Eihautreste genau orientirt zu sein; 4) stumpfe Entfernung derselben mit der Polypenzange und schließlich abermalige Desinfektion des gesammten Genitales. **v. Buschman** (Wien).

---

4) **W. S. Playfair** (London). Bemerkungen über die Anwendung der Elektricität in der Gynäkologie.

(Lancet 1888. Juli. p. 103.)

Die Anwendung der Elektricität in der Gynäkologie steht auch in England auf der Tagesordnung. Auf zwei ärztlichen Versammlungen, in Brighton und in der Londoner Obstetrical Society sind die Freunde und Gegner der Methode hart auf einander getroffen. Auch P. hatte in der letzteren Gesellschaft sich als Anhänger der Methode erklärt, jetzt ergreift er nochmals das Wort zu ihren Gunsten. Bei der Stellung P.'s ist es wohl gerechtfertigt, etwas näher auf seine Auseinandersetzungen einzugehen.

P. betont zunächst, dass es wohl gerechtfertigt erscheint, eine Methode, welche von Spencer Wells und Keith empfohlen wird, eingehender auf ihren Werth zu prüfen. Hat doch Keith, der glänzende und erfolgreiche Laparotomist sich dahin ausgesprochen, dass er es für ein Verbrechen ansehe, bei blutenden Uterusmyomen die Myomotomie zu machen oder die Eierstöcke zu entfernen, bevor die hämostatische Wirkung des galvanischen Stromes in Anwendung gezogen worden sei. Eigenthümlich sei die Thatsache, dass in den Debatten alle diejenigen, welche die Methode ernstlich geprüft, sich zu ihren Gunsten ausgesprochen hätten, während die Gegner sämmtlich aus theoretischen Gründen, ohne eigene Prüfung ein vernichtendes Urtheil abgeben.

P. selbst hat die Methode einer reiflichen Prüfung unterzogen, in privater und Hospitalpraxis und ist zu dem Resultat gekommen, dass die Frage noch nicht spruchreif sei, dass Vieles noch unklar sei, dass aber zweifellos der Methode eine große therapeutische Wirkung nicht abgesprochen werden könne. Zur Begründung seiner Ansicht theilt er eine Anzahl Fälle mit.

Die entschiedenste und über jeden Zweifel erhabene Wirkung ist die blutstillende des positiven Poles bei blutenden Myomen. Welcher Art die Wirkung auch sein mag, ob chemischer oder sonstigen, sie wird von keiner anderen der üblichen Methoden auch nur annähernd erreicht. In 18 Fällen hat P. die Methode angewandt und mehrere derselben waren sehr schwere und nur in einem war der Erfolg ein unbefriedigender. P. theilt mehrere Fälle ausführlich mit, der eine derselben betraf eine Frau, welche seit Jahren andauernd blutete, trotz der verschiedensten Behandlungsmethoden, zuletzt derart, dass die Überführung in das Krankenhaus nur durch Tamponade ermöglicht wurde. Nach Einführung der positiven Elektrode in den blutenden Uterus stand die Blutung fast augenblicklich und kehrte unter fortgesetzter Anwendung des elektrischen Stromes nicht wieder zurück.

Weniger eingenommen ist P. von der Anwendung des Stromes behufs Einleitung der Resorption von Uterusmyomen. Die Methode der Einführung der negativen Elektrode in die Substanz der Ge-

schwulst erscheint ihm nicht ungefährlich. Er hat daher dieselbe nur in zwei Fällen in Anwendung gezogen. In beiden war der Erfolg in Betreff der Verkleinerung der Geschwulst ein befriedigender. Bei dem ersten trat in der Geschwulst, welche das ganze Becken ausfüllte, nach fünf Applikationen des Stromes, dessen Stärke nicht 100 Milliampères überstieg eine bedeutende Verkleinerung ein, so dass alle Druckerscheinungen, welche vorher in hohem Grade bestanden hatten, verschwunden waren. In dem zweiten war der Erfolg ähnlich, jedoch bildete sich an einer der Einführungsstellen der Elektrode ein Abscess, welcher bedenkliche Erscheinungen im Gefolge hatte. P. warnt daher vor der leichtsinnigen Anwendung der Methode, da dieselbe keineswegs so gefahrlos sei, wie sie gemeiniglich hingestellt wird.

Sehr empfehlenswerth erscheint P. dagegen die Anwendung der Methode bei Dysmenorrhoe in Folge von Stenosis und heftigem chronischen Uterinkatarrh; sie ist die einfachste, leichteste, sauberste und sicherste Methode von allen, die ihm bekannt sind. Ein Fall von äußerst hartnäckiger Dysmenorrhoea membranacea, welche seit 20 Jahren bestand und allen Mitteln trotzte, wurde nach 10 Applikationen vollständig geheilt.

P. erkennt an, dass seine Erfahrung weitaus zu klein ist, um die Frage zur Entscheidung zu bringen, aber doch groß genug um zu zeigen, dass die Gynäkologie in der Elektricität ein wichtiges Mittel besitzt, welches eine eingehende und vorurtheilslose Prüfung wohl verdient. **Engelmann** (Kreuznach).

---

5) **A. Bum** (Wien). Die Antisepsis an der Klinik und in der Praxis.

(Wiener med. Presse 1888. No. 26.)

Der typische Listerverband wird immer mehr und mehr vereinfacht, und schon ist an manchen chirurgischen Kliniken Europas auch nicht ein Bestandtheil desselben im Gebrauche. Eine Erfahrung drängt die andere, ein Antisepticum läuft seinem eben noch gepriesenen Vorgänger im Handumdrehen den Rang ab, wenn der Kliniker bei Anwendung des letzteren ein paar ungünstige Erfolge gehabt hat. Auf den verschiedensten Wegen, mit den wechselndsten Mitteln wurden und werden eine Unzahl antiseptischer Methoden ausgebildet, die doch alle denselben Zweck verfolgen, den Kocher in dem Satze zum Ausdruck bringt: Hauptsache ist und bleibt, dass man sich die Sterilisation der Wunden in dem Sinne, wie wir andere Nährböden steril halten, bei der Wundbehandlung zum Ziele setzt.

Verf. bespricht nun in sehr fesselnder Weise die in der letzten Zeit aufgekommenen Neuerungen bezüglich des antiseptischen Verbandes, wobei er besonders die Kocher'sche Klinik im Auge hat, und sagt, man müsse nachdrücklichst hervorheben, dass die glänzenden Resultate der Kocher'schen Methode die minutiöseste Vermeidung

jeder Kontaktinfektion als erstes Postulat der antiseptischen Wundbehandlung erscheinen lassen. Man kann in der Verhütung der Kontaktinfektion nicht weit genug gehen; strengste Pedanterie Allen und Allem gegenüber, was mit der Wunde in Berührung kommen kann; Sorge für ungehinderten Sekretabfluss nicht nur durch richtig angelegte Drains, hauptsächlich Glasdrains, sondern auch durch entsprechende Anlage der Wunde und möglichste Vermeidung jeder Höhlenbildung in derselben; Anwendung sterilisirter Seide zur Ligatur und Wundnaht, Bedeckung der Wunde mit Stoffen, die durch Kochen im Wasser oder durch strömenden Wasserdampf sterilisirt und mit einem Dauerantisepticum imprägnirt sind, und möglichste Vermeidung jeden Verbandwechsels sind die Postulate, welche heute an jeden Operateur gestellt werden müssen.

Der Praktiker aber möge gegenüber den vielfachen oft recht überschwenglichen Anpreisungen all der vielen Neuerungen, wie sie von den Kliniken so häufig in die Welt geschleudert werden, möglichst konservativ bleiben; das Mitmachen all der antiseptischen Moden würde ihm schlecht bekommen, da er in Gefahr käme, keine derselben vollständig zu beherrschen. **v. Buschman** (Wien).

Kasuistik.

6) **A. Krassowski** (St. Petersburg). Kurzer Bericht über die vom 16. Oktober 1885 bis zum 1. Januar 1888 ausgeführten Kaiserschnitte in der St. Petersburger Gebäranstalt.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 2.)

K.'s Bericht umfasst 7 Fälle mit einem Todesfall. 5 Kinder kamen lebend zu Tage und blieben am Leben, in 2 Fällen waren die Kinder macerirt. Die Porro'sche Operation wurde 5mal ausgeführt mit extraperitonealer Stumpfbehandlung; der konservative Kaiserschnitt 2mal.

In einem Falle gab ein brettharter Tumor des kleinen Beckens die Indikation, je einmal war die Indikation gegeben durch kompleten Riss des Uterus während der Geburt, Carcinom des Collum (Porro, Tod).

Wegen engem Becken ist 4mal operirt worden; einmal lag ein rachitisches asymmetrisch verengtes Becken (Beckenmaße nicht angegeben) vor, ferner: 2) ein plattes asymmetrisches Becken mit einer Conjugata diagonalis von 10,5 (operirt wurde 30 Stunden nach Eintritt der Geburt und 18 Stunden nach Abfluss des Fruchtwassers); 3) ein pseudo-osteomalacisches Becken, die engste Stelle des Schnabels kaum 2 Finger breit; 4) ein allgemein verengtes plattes Becken mit einer Conjugata diagonalis von 8—8,5 cm (operirt wurde 44 Stunden nach Blasensprung; da die Wehen trotz aller angewandten Mittel ihren »spasmodischen Charakter« behielten, wurde der Kaiserschnitt vorgeschlagen).

Als antiseptisches Mittel empfiehlt K. das Hydrargyrum bijodatum rubrum.

W. Nagel (Berlin).

7) **F. Schauta** (Prag). Über zwei weitere Saenger'sche Kaiserschnitte.

(Prager med. Wochenschrift 1888. No. 1.)

I. 33jährige VIgravida. 3 normale, wenn auch langdauernde Geburten. Vierte war Beckenendlage; schwere Extraktion; todtes Kind. Fünfte Kopflage bei vorgefallenem Fuß; Wendung auf die Füße. Kind abgestorben, nicht extrahirt, sondern

spontan nach 10 Stunden geboren. Die Mutter acquirirte eine hohe Blasenscheidenfistel, welche S. operativ schloss. Gegen Ende der 6. Schwangerschaft suchte die Frau die Prager Entbindungsanstalt wieder auf. Beckenmessung ergab C. d. 10,5. Da einerseits die Schwangere bat, Alles zu thun, um der abermaligen Entstehung einer Blasenscheidenfistel vorzubeugen, andererseits die Größe des Kindes und die Härte der Kopfknochen die Befürchtung nahe legten, dass die Entbindung eine sehr schwierige, eventuell durch Perforation zu beendende sein würde, so wurde unter Billigung der Gravida selbst nach Eintritt der Wehenthätigkeit die Sectio caesarea nach Saenger ausgeführt. Und zwar Alles in Allem in 58 Minuten. Zur Naht wurden 8 tiefe Silberdraht-, 34 Peritonealnähte mit feiner Seide verwandt. Keine Nachblutung. Glatte, fieberlose Heilung.

II. 28jährige rachitische Ipara nach 2stündiger Fahrt, während deren Blut abging, in die Anstalt gebracht. C. d. 8,0 cm; C. vera 6,4. Bei der Sectio caesarea fand sich die Placenta gelöst, hinter ihr ein großes Blutcoagulum, die Frucht frischtodt. Naht: 11 Silberdraht-, 17 Seidennähte. Während der ersten 9 Tage post operat. Fieber bis 39°, dann normaler Verlauf.

Im Anschluss an diese beiden Fälle macht S. darauf aufmerksam, dass nach dem Saenger'schen Kaiserschnitt oder schon während desselben verhältnismäßig oft in Folge von Atonie des Uterus erhebliche Blutungen eintraten. Er führt erstere auf die langdauernde Anämisirung, die Kompression der Cervixnerven durch den Schlauch zurück. In dem 2. Fall (dem vierten, den S. operirt) beschloss er daher den Schlauch erst dann anzulegen, wenn eine beträchtliche Blutung eintrete. Es kam aber nicht zu einer solchen. Die Uterusnaht konnte ohne Störung angelegt werden. Auch nachher trat eine Atonie nicht ein. S. räth daher zur elastischen Konstriktion erst dann zu greifen, wenn eine erhebliche Blutung dazu nöthigt.

Ein weiteres Interesse bietet der 2. Fall auch noch durch die Metrorrhagia gravida interna, welche bei Eröffnung des Uterus konstatirt wurde, ein Ereignis, welches vor theilweiser Lösung der Placenta sehr selten ist.

Graefe (Halle a/S.).

8) **N. Charles.** Bericht über die Lütticher Entbindungsanstalt im Jahr 1887.

(Journ. d'accouch. 1888. No. 3.)

Die kurze Aufzählung der in der Überschrift genannten Entbindungsanstalt während des Jahres 1887 ausgeführten geburtshilflichen Operationen bietet zu wenig Interesse, um sie hier zu wiederholen. Erwähnenswerth dagegen erscheint, dass das Crédé'sche Verfahren zur Verhütung der Augenentzündungen Neugeborener dort in so fern modificirt ist, als nicht mehr eine Arg. nitr.-Lösung von 1 : 50, sondern 1 : 75 verwandt wird, um entzündliche Bindehautentzündungen zu verhüten. Die Resultate waren auch so sehr günstige. Von 377 Kindern erkrankte nur eines an Blennorrhoe. Als sehr gut sind auch die mit zu früh geborenen Kindern erzielten Erfolge zu bezeichnen. Von 6 Kindern, welche im $6^1/_2$ Monat geboren, blieben 2 am Leben, von 7 im siebenten, 7 im $7^1/_2$, 29 im achten Monat Geborenen wurden alle am Leben erhalten. Leider ist nicht gesagt, welchen Maßnahmen diese vorzüglichen Resultate zu danken sind.

Mortalität und Morbidität der Wöchnerinnen ist bei fortgesetzter Sublimatbehandlung die denkbar günstigste. Von 412 in der Anstalt Entbundenen ist nur eine, diese an Eklampsie verstorben. Bei 89% blieb die Temperatur unter 38° während des Wochenbettes.

Sublimatintoxikationen kamen, abgesehen von geringer Röthung des Zahnfleisches — das Sublimat wurde in solchen Fällen sofort durch Karbol ersetzt — nicht vor.

C. stellt die bei Karbolbehandlung erzielten Resultate denen bei Sublimatverwendung gegenüber. Bei der ersteren betrug die Gesammtmortalität der Wöchnerinnen 2%, die an Sepsis ungefähr $1^1/_2$%. Dagegen sind seit 1885, in welchem Jahr das Sublimat als Desinficiens eingeführt wurde, Todesfälle an Sepsis nicht mehr vorgekommen. **Graefe** (Halle a/S.).

9) **N. Charles.** Über die Verwendung des Sublimats in der Geburtshilfe durch die Hebammen.

(Ibid. 1888. No. 4—9.)

Die Leser des Centralblattes für Gynäkologie kennen den Verf. als einen der eifrigsten Verfechter des Sublimats als geburtshilflichen Desinficiens. Die von ihm mittels desselben in der Lütticher Entbindungsanstalt erreichten äußerst günstigen Mortalitäts- und Morbiditätsverhältnisse, von denen das vorstehende Referat wieder einen Beweis giebt, vor Allem aber das Fehlen jeder schwereren Intoxikation trotz des sehr ausgedehnten und energischen Sublimatgebrauches, allerdings unter strenger Kontrolle der Wöchnerinnen, müssen selbst die Gegner des Sublimats in ihrer Abneigung gegen dasselbe schwankend machen. Ob C. aber für seinen Vorschlag, das Sublimat auch den Hebammen als Desinficiens in die Hand zu geben, in Deutschland Anhänger finden wird, ist mehr als zweifelhaft. Er selbst fordert dies allerdings nur für die belgischen Hebammen. Und man muss berücksichtigen, dass diese eine ganz andere, weit bessere Ausbildung erhalten wie die unseren (2jähriger Kurs), dass sie in Folge dessen auch berechtigt sind geburtshilfliche Operationen, welche sich mit der Hand ausführen lassen, vorzunehmen, so manuelle Lösung der Nachgeburt, Wendung, Extraktion des Kindes, Alles Eingriffe, welche unseren Hebammen nur dann gestattet sind, wenn eine Indicatio vitalis für Mutter oder Kind vorliegt und ärztliche Hilfe nicht mehr zu beschaffen ist. Für die gute, wissenschaftliche Ausbildung der belgischen Hebammen sprechen dann auch noch kasuistische Mittheilungen, welche man von Zeit zu Zeit seitens derselben in medicinischen Blättern veröffentlicht findet. Die Einführung des Sublimats als geburtshilfliches Desinficiens wird daher bei ihnen eher statthaft sein als bei unseren deutschen Hebammen. Immerhin stößt C. auch in Belgien selbst auf energischen Widerspruch. Dr. Herpein bekämpft seinen Vorschlag sowohl vom ärztlichen wie vom gesetzlichen Standpunkt aus. Seine diesbezüglichen Zuschriften und die Antworten C.'s finden sich in Nummer 8 und 9 des Journal d'accouch. Einer Wiedergabe derselben bedarf es nicht, da sie einerseits nur Bekanntes für und wider das Sublimat wiederholen, andererseits sich nur auf belgische Gesetzesvorschriften beziehen.

Von der von C. diskutirten speciellen Frage abgesehen, muss man ihm jedenfalls darin beistimmen, wenn er das kleinere Übel in doch recht vereinzelten Todesfällen in Folge von Intoxikation durch ein als solches vorzügliches Desinficiens gegenüber zahlreichen an puerperaler Sepsis in Folge Nichtgebrauchs desselben oder eines minderwerthigen sieht. **Graefe** (Halle a/S.).

10) **A. W. C. Berns** (Amsterdam). Über Exstirpationen und Amputationen wegen Carcinoma uteri.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 5 und 6.)

B. schickt seiner Arbeit eine historische Skizze der Uterusexstirpation voraus. Er berührt darin kurz die Ätiologie des Uteruscarcinoms, ohne hier Neues zu bringen. Bemerkenswerth ist es nur, dass er sich für die Annahme Martin's und Winckel's ausspricht, dass gonorrhoische Infektion eine Prädisposition zur Krebsbildung schaffe. Wenn er sich dabei auf seine bei 15 Fällen gesammelten Erfahrungen stützt, dass nämlich bei vielen derselben Gelegenheit zu gonorrhoischer Infektion geboten gewesen, bei 5 Excesse in venere vorangegangen seien, so ist damit doch nichts gesagt. Nur solche Fälle können höchstens als Beweismaterial benutzt werden, wo früher mit Sicherheit eine gonorrhoische Infektion konstatirt worden. Gegen diese Hypothese spricht übrigens die Thatsache, dass Prostituirte verhältnismäßig selten an Krebs erkranken, also Frauen, von denen kaum eine ihr Leben beschließt, ohne an Gonorrhoe gelitten zu haben.

Interessant ist es, dass B. der jetzt ziemlich allgemein verlassenen Freund'schen Operation das Wort redet, allerdings unter der Bedingung, dass sie in mancher Hinsicht modificirt wird. Er verweist auf die verhältnismäßig recht günstigen Resultate, welche Bardenheuer mit der Bauchoperation (35% Todesfälle ohne Drainage, 8,3% nach Einführung derselben) erreicht hat. Umschneidung des Cervix

von der Vagina aus, Unterbindung der Aa. uterinal, dann erst Laparotomie und Entfernung des Uterus von der Bauchhöhle aus, schließlich Drainage würde im Wesentlichen der zu befolgende Operationsmodus sein. Nicht zu leugnen ist es, dass er vor der vaginalen Exstirpation den Vorzug hat, eine Entfernung infiltrirter Drüsen aus dem Beckenbindegewebe zu ermöglichen und dadurch die Operation zu einer wirklich totalen zu machen.

Die hohe Amputation des Cervix verwirft B. Er vertritt die Ansicht, dass die vaginale Totalexstirpation keineswegs eine größere Mortalität aufzuweisen habe, als jene. Es sei dies nur scheinbar der Fall, indem man bei den verschiedenen Statistiken jene Fälle eingerechnet habe, bei welchen der Misserfolg nicht der Operation, sondern dem Umstand zuzuschreiben wäre, dass sie überhaupt nicht mehr für die Operation geeignet gewesen. Auch der anatomischen Eintheilung der Cervixcarcinome nach Ruge-Veit, welche für die Indikationsstellung der hohen Cervixamputation von Bedeutung ist, spricht er nur eine bedingte Berechtigung zu, da einerseits Übergangsformen nicht selten sind, andererseits das Vorkommen von Carcinomknoten im Corpus bei Cancroid der Portio jetzt schon wiederholt konstatirt worden ist.

Die vaginale Totalexstirpation führt B. nach den Fritsch'schen Vorschlägen aus. Doch kippt er den Uterus nicht um. Langwierige, desinficirende Ausspülungen als Vorbereitung zur Operation unterlässt er. Den Nachdruck legt er auf die strenge Desinfektion (Karbol 4% oder Sublimat 1%) kurz vor Beginn der Operation. Bei dieser selbst verwendet er zur Irrigation 2% Karbollösung, nach Eröffnung der Bauchhöhle nur $^1/_2$—1%.

Verf. theilt zum Schluss Kranken- und Operationsgeschichten von 15 Fällen mit. Eine Kranke bekam nach länger als $3^1/_2$ Jahren ein Recidiv, dem sie erlag; 2 andere sind, die eine nach $2^1/_2$, die andere nach $1^3/_4$ Jahren noch gesund. 8 Pat. starben nach einem Zeitraum von 3 Monaten bis $1^1/_2$ Jahr in Folge eines Recidivs; eine neunte 24 Stunden post operat. (Bauchschnitt) an Shock, eine zehnte am 3. Tag in Folge von Jodoformintoxikation. Einmal musste die Operation unvollendet bleiben wegen fester Verwachsung von Uterus und Blase. Nach einer konischen Excision und einer einseitigen supravaginalen Amputation trat ein Recidiv nach 3 bezw. 6 Monaten auf, welches bald zum Tode führte. In einem Fall war der Totalexstirpation die Amputation einer Lippe vorausgegangen.

Graefe (Halle a/S.).

11) **Meyer** (Zürich). Die Uterusfibroide in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett.

Inaug.-Diss., Zürich, 1887.

Im Beginn führt Verf. die Krankengeschichten von 11 von Prof. Frankenhäuser beobachteten Fällen an, wo Fibroide mit Schwangerschaft komplicirt waren.

Im 1. Falle handelte es sich um eine 27jährige Primipara, die nach Elevation eines im Douglas liegenden, das kleine Becken vollständig ausfüllenden Fibroids in der Gravidität, einen lebenden Knaben am normalen Schwangerschaftsende durch die Zange gebar. 2. Fall. 29 Jahre alte Erstgebärende. Frühgeburt eines todten Mädchens im 9. Monat, spontan durch Abplattung und spontanes Hinauftreten eines mannskopfgroßen interstitiellen Uterusfibroids. 3. Fall. Reposition einer Retroflexio uteri gravidi, bedingt durch ein Fibroid der hinteren Wand des Uterus im 4. Graviditätsmonat. Normale Geburt am Ende der Gravidität. 4. Fall. 39 Jahre alte Erstgebärende. Gravidität im 8. auf 9. Monat komplicirt mit zwei subperitonealen und einem interstitiellen Fibroid und Placenta praevia lateralis. Blutung mehrere Tage vor Eintritt der Wehen. Starke Blutung in der ersten Geburtsperiode. Spontane Geburt eines lebenden Knaben. Manuelle Lösung der Placenta. Starke Blutung in der Nachgeburtsperiode. Tod durch Anämie. Fall 5. Multiple interstitielle Fibroide bei Gravidität im 10. Monat bei einer Zweitgebärenden. Querlage, Wendung und Extraktion eines lebenden Knaben. Atonische Blutung in der Nachgeburtsperiode. Thrombose der Vena saphena mgn. sin. im Wochenbett. Heilung. 6. Fall. 39 Jahre alte Frau. Zwei Aborte vorausgegangen. Gravi-

dität im 9. Monat komplicirt mit multiplen interstitiellen Fibroiden. Rasches Wachsthum derselben in der Gravidität. Spontane Frühgeburt. Lebende Zwillinge. 7. Fall. Hemmungsbildung der Frucht in Folge eines interstitiellen Fibroids. Die Frucht wog am Ende des 9. Schwangerschaftsmonats nur $2^1/_2$ Pfund. Verjauchung der Geschwulst im Puerperium und Tod der Frau an Sepsis. 8. Fall. 32 Jahre alte Erstgebärende. Spontane Frühgeburt bei einem interstitiellen Uterusfibroid eines siebenmonatlichen todten Kindes. Placentarretention. Verjauchung des Fibroids im Wochenbett. Tod an Sepsis. 9. Fall. Placentarretention durch ein das Becken ausfüllendes Uterusfibroid, welches der Hand nicht gestattete in den Uterus einzudringen. Erst mit einer, zu Myomenukleationen gebräuchlichen Kephalotribe gelang es Herrn Prof. Frankenhäuser, die Placenta zu entfernen. 10. Fall. Abortus einer 37 Jahre alten Erstgeschwängerten im 4. Monat. Verjauchung eines interstitiellen Uterusfibroides. Enukleation desselben, heftige Nachblutung. Tod an Pyämie. 11. Fall. 32 Jahre alte Zweitgebärende. Multiple interstitielle und subperitoneale Uterusfibroide. Spontanes Aufsteigen eines den Beckeneingang verlegenden Fibroids intra partum. Spontane Geburt eines reifen lebenden Mädchens.

Fibroide in der Schwangerschaft.

M. findet keine so bedeutende Verringerung der Fruchtbarkeit bei Uterusfibroiden wie Winckel. In 12 Jahren kommen 152 Fibroidkranke auf der Züricher gynäkologischen Klinik zur Behandlung. Davon waren ledig und ohne Kinder 24 = 15,7%; verheirathet 128 = 84,1%; davon steril 19 = 14,8%. 109 Frauen hatten 350mal am normalen Schwangerschaftsende geboren, 41mal abortirt. Bei den sterilen Frauen handelte es sich 3mal um fibröse Polypen, einmal um ein breitbasiges submucöses Fibroid, 10mal um interstitielle, 2mal um subperitoneale und 3mal um multiple Geschwülste verschiedenen Sitzes. Wie die meisten Gynäkologen, so ist auch M. nicht geneigt, der Sterilität in der Ätiologie der Uterusmyome eine bedeutende Rolle beizumessen, sondern die überwiegende Mehrzahl der Fibroide entstehen in der katamenialen Periode des Weibes. Über die Veränderung der Fibroide durch die Gravidität begegnet man noch verschiedenen Ansichten. Jedenfalls ist der Sitz von größtem Einfluss. Die größte Zunahme hat man natürlich von gefäßreichen submucösen Myomen zu erwarten.

Fibroide unter der Geburt.

Die Geburtskomplikationen sind sehr verschieden. Sie hängen natürlich ab vom Sitz, der Breite der Insertionsfläche, Beweglichkeit, Verwachsungen und Härte derselben. Schon kleine, tiefsitzende Fibroide, welche sich im kleinen Becken einkeilen, vermögen die Prognose der Geburt ernstlich zu trüben. Wichtig ist die procentarische Vermehrung von Beckenend- und Querlagen, die weitere Gefahren für Mutter und Kind involviren. Die nicht selten beobachteten Spontanrupturen des Uterus sind einestheils auf die häufigen Querlagen, anderntheils auf die Gegenwart größerer Geschwülste zurückzuführen, welche die Geburtswege vollständig verlegen, ein kleinerer Theil auf die Dünne der Uteruswandung oder die Schwere des operativen Eingriffes. Placenta praevia findet man relativ häufig. Eklamptische Anfälle sind mehrere Beobachtungen in der Litteratur verzeichnet. Die häufigsten geburtshilflichen Anomalien werden durch Verengerungen der Geburtswege bewirkt, meistens durch den tiefen Sitz der Geschwülste (Cervixmyome), oder langgestielte subperitoneale Tumoren, welche sich ins kleine Becken senken und dort einkeilen. Spontanelevation der Tumoren ist ein relativ häufiges Ereignis, eben so Abflachung der Fibroide durch Druck des vorrückenden Schädels. Spontane Radikaloperationen durch Abzerren des Stiels bei fibrösen Polypen unter der Geburt sind beobachtet. Nachgeburtsblutungen durch Atonie der Muskulatur, besonders beim Sitz der Placenta auf dem Tumor, treten häufig auf. Retention der Placenta macht oft erhebliche Schwierigkeit zu ihrer Entfernung.

Fibroide im Wochenbett.

Starke Nachwehen, Nachblutungen, Inversionen werden häufiger. Die Zunahme puerperaler Processe sind in der längeren Dauer der Geburt, den häufigeren operativen Eingriffen, der erschwerten dritten Geburtsperiode, genügend erklärt. Der Grad der Theilnahme der Fibroide an der Involution des Uterus hängt wesentlich

von ihrer anatomischen Beschaffenheit und Sitz ab. Fibroide, die reich sind an muskulösen Elementen und in breitem Zusammenhang stehen mit dem Uterusparenchym, sind puncto Rückbildung bevorzugt. Gangrän und Vereiterung von Fibroiden sehen wir namentlich bei solchen, die, vermöge ihres tiefen Sitzes im Becken, stärkeren mechanischen Lösionen unter der Geburt ausgesetzt waren. Bei septischen Vorgängen am Endometrium laufen die submucösen Geschwülste am meisten Gefahr in den Process hereingezogen zu werden.

Einwirkung der Uterusfibroide auf die Frucht. Mehrfache Schwangerschaft ist nicht ausgeschlossen (Fall 6). Die Häufigkeit des Abortus ist bekannt. Hemmungsbildungen sind häufig (Fall 7).

Diagnose: Die differentielle Diagnose dieser Geschwülste, die mit Schwangerschaft komplicirt sind, ist in den ersten Monaten der Gravidität schwierig, zumal Fibroide Gefäßgeräusche und wehenartige Schmerzen machen können. Weiche Fibroide sind schon punktirt worden. Namentlich ist eine Verwechselung mit Ovarialtumoren möglich. Im Juli 1886 kam eine Kreißende in die Klinik mit der Diagnose »Fibroid der hinteren Wand und Gravidität im 8. Schwangerschaftsmonat. Bei der Untersuchung fand man eine im Douglas gelegene, prall elastische, etwas abgeplattete Geschwulst. Die Geburt verlief spontan. Im Wochenbett vereiterte der Tumor, brach durch das Rectum durch. Es handelte sich unzweifelhaft um ein linksseitiges vereitertes Ovarialkystom. Eine 28jährige Person kam Ende 1886 mit der Diagnose Fibroid oder Ovarialtumor in die Anstalt. Im Douglas lag eine teigige schmerzhafte Geschwulst, die mit der Oberfläche des Uterus im Zusammenhange oder in Verwachsung zu sein schien. Die Diagnose lautete auf ein Exsudat. Zwei Monate später trat die Geburt spontan ein. Die Kranke starb im Wochenbett an Peritonitis. Die Sektion ergab ein linksseitiges, stark ödematöses Ovarialcarcinom.

Puncto Prognose bemerkt der Verf., dass die Mortalität unter der Geburt und im Wochenbett eine große ist. Über die Hälfte der Mütter und Kinder erliegen der Krankheit.

Therapie: Ergotininjektionen können in der Schwangerschaft einen Stillstand des Wachsthums der Fibroide oder ein Aufhören der Blutungen bei denselben bewirken, nicht aber eine Verkleinerung der Geschwülste. Gerade die tiefsitzenden Fibroide, welche durch Versperrung des Raumes im kleinen Becken oftmals die schwierigsten Geburtshindernisse abgeben, können durch manuelle Reposition nach dem Vorgang der Spontanreposition die Geburt ermöglichen. Solche manuelle Reposition ist nie zu unterlassen. Fibröse Polypen und submucöse Fibroide des unteren Gebärmutterabschnittes sind operativ zu entfernen, sobald sie ein Geburtshindernis werden. Eben so sind interstitielle und subperitoneale Fibroide, welche tief im Douglas oder vesico-uterinen Raum liegen und nicht elevirt werden können, zu entfernen und zwar von der Scheide aus. Sind solche Geschwülste nicht elevirbar oder machen sie gefährliche Harnbeschwerden, so tritt der künstliche Abortus in sein Recht. Die Operationsmethoden durch Laparotomie die Fibroide zu entfernen werden bestimmt durch ihren Sitz und Insertionsfläche in 1) Abtragung gestielter Fibroide und Ausschälung subseröser Fibroide ohne Eröffnung der Uterinhöhle; 2) Enucleation tief eingebetteter Fibroide, welche eine Eröffnung der Uterinhöhle nothwendig machen; 3) vollständige Abtragung des graviden myomatösen Uterus. Bei der zweiten Form, worüber in der Litteratur keine Fälle vorliegen, würde man gut thun, das Ei durch die entstandene Öffnung gleich zu entfernen. Vor der Porroschen Operation (3) warnt der Verfasser und schließt sich dem Vorschlag Sänger's an, den klassischen Kaiserschnitt auszuführen und die Myotomie auf später zu versparen. In Fällen, wo eine Geschwulst nicht reponirt werden kann, die Verhältnisse aber so liegen, dass sie den Durchtritt des Kindes gestatten, soll, entgegen Tarnier's Rath, ein exspektatives Verhalten gewählt werden.

Bei Verengerungen der Geburtswege unter 6 cm ohne Accommodation oder Elevation des Tumors bleibt nur die Perforation, Kephalothrypsie, Embryotomie oder der Kaiserschnitt übrig.

Alfred Debrunner (Frauenfeld, Schweiz).

12) **E. Koeberlé** (Straßburg). Abtragung eines sehr großen Uteruspolypen.

(Gaz. med. de Strasbourg 1888. No. 4.)

Bei einer 54jährigen, seit 3 Jahren nicht mehr menstruirten Virgo, deren Uterus durch Fibrombildung Kindskopfgröße erreicht hatte, stellten sich wieder Blutungen ein, welche allmählich immer stärker wurden und üblen Geruch annahmen. Von einer genauen Untersuchung wurde Abstand genommen, die Diagnose auf Carcinom des Uterus gestellt. K. überzeugte sich sofort bei der ersten Konsultation von der Unrichtigkeit derselben. Er konstatirte einen sehr großen, das kleine Becken und die Vagina bis zum Introitus ausfüllenden Polypen.

Da K. die abdominale Myomotomie zu schwierig und gefährlich erschien, da er andererseits fürchtete, dass die am Uterus sitzenden Fibrome die Extraktion des Polypen verhindern, das Anlegen einer Schnürschlinge um den Stiel unmöglich sein würde, entschloss er sich, diesen einfach zu torquiren, um so die Cirkulation im Tumor zu unterbrechen und ihn selbst dadurch zu mortificiren. Er hoffte ihn dann, ohne eine bedrohliche Blutung zu riskiren, zerstückelt extrahiren zu können.

K. spaltete den Damm bis zum Anus. Mit in den Tumor eingesetzten Muzeux-schen Zangen wurde dieser dann ohne Mühe 2mal um seine Achse gedreht. K. hatte hierbei plötzlich das Gefühl, als ob der Widerstand nachließe; bei in Folge dessen fortgesetzter Torquirung wurde der Polyp frei beweglich, ohne dass eine irgend wie erhebliche Blutung eingetreten wäre. Da seine Extraktion in nicht verkleinertem Zustand sich unmöglich erwies, verkleinerte ihn K. durch Spiralschnitte, bis seine Entfernung aus der Vagina gelang. Er wog 750 Gramm.

Der Stiel, von Zweifingerdicke, inserirte sich am äußeren Muttermund. Eine Untersuchung der Vagina mit dem Speculum ergab, dass der übelriechende Eiterabgang von den Wänden dieser stammte. Es folgte eine schnelle und ungestörte Rekonvalescenz.

K. theilt im Anschluss an diesen einen anderen früher von ihm beobachteten Fall mit. Bei einer sehr heruntergekommenen Pat. wurde wegen anhaltenden, blutig-putriden Ausflusses die Diagnose auf inoperables Uteruscarcinom gestellt und nun desinficirende Vaginalausspülungen verordnet. Nach einigen Tagen brachte der Ehemann einen kolossalen, nekrotischen, fibrösen Polypen, welcher spontan ausgestoßen war. Die bereits aufgegebene Kranke erholte sich von da ab sehr schnell.

Graefe (Halle a/S.).

13) **J. Klein** (Straßburg). Ein Fall von Mangel des Uterus und der Scheide.

(Gaz. méd. de Strasbourg 1888. No. 5.)

27jährige, niemals menstruirte Virgo. Bis zum 21. Jahre ganz gesund. Von da ab leidet sie an Kopf- und Lendenschmerzen, letztere in die Schenkel ausstrahlend. Alle 3 Wochen treten sie in verstärktem Grade auf. Fast regelmäßig stellt sich dann auch Nasenbluten ein.

Die Untersuchung ergiebt gut entwickelte Brüste, behaarten Mons veneris, mäßig verengtes Becken, normale äußere Genitalien, dagegen fehlende Introitus vaginae. Durch Rectaluntersuchung in Narkose wurde völliger Mangel der Scheide und des Uterus, dagegen normale Ovarien, ungefähr an normaler Stelle liegend und durch einen taubenfederkieldicken, quer durch das kleine Becken laufenden Strang verbunden, konstatirt.

Herstellung einer künstlichen Vagina war bei der Dünne der Scheidewand zwischen Rectum und Blase unmöglich. K. schlug der Pat. die Kastration vor. Sie ging aber nicht darauf ein. **Graefe** (Halle a/S.).

14) **C. Huntington** (Howell). Schwangerschaft bei einer Zwergin mit engem Becken.

(Med. age 1888. No. 6.)

42jährige, zum 2. Mal verheirathete Zwergin. Igravida. C. v. $6^1/_2$ cm. Vagina anscheinend blind endend (vor 2 Jahren sollte per vag. ein Tumor entfernt sein).

Keine Kindesbewegungen. Wehen; die Nacht zuvor Blutung aus den Genitalien. In der rechten, oberen Hälfte des Abdomen ein Tumor. Die Wehen hörten nach 20 Stunden auf; nach weiteren 20 Stunden starb Pat. Bei der Autopsie fanden sich in der Bauchhöhle Blutgerinnsel, ferner ein Kind von nahezu 8 Pfund Gewicht, welches schon längere Zeit abgestorben war. In einer Peritonealtasche der linken Fossa iliaca die Placenta. Von dieser Tasche aus gelangte man durch eine Öffnung in den Uterus. Es ergab sich, dass letztere das Os uteri, welches vergeblich von der Vagina aus gesucht worden, war, der nach links abgewichene Kopf hatte es nach dort verzerrt. Schließlich war es zur Ruptur des unteren Uterinsegmentes und zum Austritt des Kindes in die Bauchhöhle gekommen.

Graefe (Halle a/S.).

15) **E. Góth** (Klausenburg). Ein Fall von Aussetzen der Geburtsthätigkeit, »missed labour« nebst Bemerkungen über die Ätiologie dieser seltenen Erscheinung.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 2.)

Der Fall betrifft eine 26jährige sonst gesunde Frau, welche im Anfang des 9. Schwangerschaftsmonats eine heftige Erschütterung des Unterleibes, bedingt durch einen Fall, erlitt. Von diesem Augenblicke an hörten die Kindesbewegungen auf und es entwickelte sich eine Peritonitis, welche 6 Wochen dauerte. Zur Zeit des normalen Endes ihrer Schwangerschaft bemerkte die Frau einen Abgang von Fruchtwasser, welcher 4 Tage dauerte; eine regelrechte Geburtsthätigkeit blieb jedoch aus. $3^1/_2$ Monate hindurch entleerte sich fortwährend aus den Geschlechtstheilen eine höchst übelriechende eitrige Flüssigkeit, welche in den letzten 6 Wochen des eben genannten Zeitraumes sehr an Menge zunahm. Es bildete sich eine Uterus-Dickdarmfistel und durch diese wurden nun Knochen und zahlreiche häutige Gebilde (Fascien, Reste des Mesenteriums) entleert.

Schließlich wurde in der Narkose der Cervix bilateral gespalten, ein in der Uterusschleimhaut festgekeiltes Knochenstück, welches den Weg durch den inneren Muttermund gesperrt hatte, losgemacht und die noch im Uterus zurückgebliebenen Fötalreste (Schädelknochen, Arm- und Schenkelknochen) ausgeräumt. Heilung.

W. Nagel (Berlin).

16) **C. Wyman** (Detroit). Bemerkungen über Laparotomien.

(Med. age 1888. No. 3.)

Schnelles Operiren, hohe Zimmertemperatur (21° R.), möglichst saubere Peritonealtoilette, Verabreichung von nur flüssiger Nahrung während der ersten 36 Stunden nach der Operation und vor Allem größte Reinlichkeit resp. strenge Antisepsis bezeichnet W. als die Bedingungen, von deren Erfüllung der Heilungsverlauf nach Laparotomien abhängt. Er theilt folgende 6 Fälle mit:

1) Kastration wegen Hysteroepilepsie bei einer 32jährigen Virgo. Glatte Rekonvalescenz. Häufigkeit und Stärke der Krampfanfälle wesentlich geringer.

2) Hochgradige Dysmenorrhoe; unstillbares Erbrechen; hartnäckige Obstipation. Pat. seit Jahren bettlägerig. Einseitige Kastration, da Tube und Ovarium der einen Seite gesund und nicht druckempfindlich waren. Geringe Eiterung der Bauchdeckenwunde. Bei 4monatlichem Aufenthalt im Krankenhaus nach der Operation nahm Pat. wesentlich zu, konnte leichte Handarbeiten anfertigen, erbrach aber noch zeitweis.

3) 52jährige, abgemagerte, an blutigen Diarrhöen leidende Pat. In der linken Regio iliaca ein Tumor. Diagnose: Carcinoma flexur. sigmoid. Probeincision ergab eine so weitgehende carcinomatöse Degeneration des Colon, dass von der beabsichtigten Resektion Abstand genommen werden musste. Tod 2 Wochen post operat. an Entkräftung.

4) Großes gestieltes, über die Symphyse bis zur halben Höhe des Oberschenkels herabhängendes Uterusfibrom. Leichte Operation. Glatte Heilung.

5) Schnellwachsendes Uterusfibrom von der Größe eines im 7. Monat schwangeren Uterus. Bei der Laparotomie ergab sich, dass es derart mit Blase und

Rectum verwachsen war, dass von der Exstirpation Abstand genommen werden musste. Unterbindung der linksseitigen, stark vergrößerten, den Tumor versorgenden Gefäße. Die ersten 5 Tage post operat. sehr heftige Schmerzen; Temperatursteigerung bis 39° R. Von da ab ungestörter Verlauf.

6) Salpingotomie bei einer Wittwe, welche wahrscheinlich 8 Wochen nach Geburt ihres letzten Kindes vor 4 Jahren gonorrhoisch inficirt war. Es fand sich ein Pyosalpinx. Bis zum 10. Tag fieberloser Verlauf. Dann Schüttelfrost, Temperatur 41° R., angeblich in Folge einer Gemüthserregung. Fieber hielt in wechselnder Höhe eine Woche an. Gleichzeitig traten die Menses ein. Von da ab ungestörte Rekonvalescenz. **Graefe** (Halle a/S.).

17) **Carre** (Avignon). Laparotomie.

(Progrès méd. 1887. No. 47.)

Eine Tuberkulöse hat eine schwere Darmeinklemmung. Laparotomie. C. sieht sich gezwungen, einen Anus praeternaturalis anzulegen. Tod nach 14 Tagen unter Steigerung der Lungentuberkulose. Die Operation war in ihren Folgen sonst vortrefflich verlaufen. Bei der Erörterung der Frage, ob die Operation indicirt war, konstatirt C., sie kann nicht schaden, da der Tod von der Einklemmung droht. Secheyron und Thiriac stimmen bei (Sitzung des Kongresses in Toulouse). Letzterer hat seine Laparotomien an 2 Kranken mit Peritonitis tuberculosa nicht zu bedauern. **Pauly** (München).

18) **V. Johannovsky** (Reichenberg). Bericht über 32 Laparotomien (28 Ovariotomien, 1 Kastration und 3 Kaiserschnitte).

(Prager med. Wochenschrift 1888. No. 4 und 5.)

Die 28 Ovariotomien bieten nichts besonders Interessantes. Es starben 8, für zum größten Theil einfache Operationen ein hoher Procentsatz (25%), welcher nach J. darin seine Erklärung findet, dass die ersten 12 Laparotomien mit 5 Todesfällen in einem alten, mit Blattern durchseuchten Spital, die weiteren 20 (3 Todesfälle) in der hygienisch viel günstigeren Augenheilanstalt gemacht wurden. Die Kastration — beide Ovarien vergrößert, das rechte kleinapfelgroß — brachte einer Pat. völlige Befreiung quälender örtlicher Beschwerden und zahlreicher hysterischer Erscheinungen.

Eine Sectio caesarea nach Sänger führte zum Exitus letalis. Es handelte sich um eine rachitische Ipara von 29 Jahren mit einer C. d. von 7,5 cm. Sie wurde nach Tags zuvor erfolgtem Wasserabfluss kreißend in die Anstalt gebracht. Das tief asphyktische Kind konnte nicht zum Leben gebracht werden. Nach Lösung der elastischen Ligatur trat bei der Mutter starke, atonische Uterusblutung ein, welche durch Massage und eiskalte Irrigation gehoben wurde. Exitus letalis am 4. Tag. Sektion ergab, dass zwischen den beiden obersten Silberdrahtligaturen eine Verklebung der Uteruswunde nicht eingetreten war.

Zwei Fälle von Sectio caesarea nach Porro verliefen für Mutter und Kind glücklich. Im ersten handelte es sich um eine Frau mit infantilem allgemein verengtem Zwergbecken und hochgradigem Hängebauch. C. d. $6^1/_2$ cm. Fruchtwasser Tags zuvor abgegangen. Anzeichen beginnender puerperaler Erkrankung. Desswegen und wegen der bedeutenden räumlichen Beschränkung wurde die Porro-Methode gewählt. Die ersten 8 Tage post op. starke peritoneale Reizungserscheinungen. Dann ungestörter Heilungsverlauf.

Der zweite Fall betraf eine osteomalacische Ipara. Auch hier bestimmten Anzeichen puerperaler Erkrankung J. zum Porro. Fieberloses Puerperium.

Graefe (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

// Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 45. Sonnabend, den 10. November. 1888.

Stumpfe Dehnung des Collum bei Myomblutungen.

Von

Prof. Dr. **R. Kaltenbach**, Halle a/S.

Unter den Folgeerscheinungen intramuraler und submucöser Fibromyome des Uterus werden Blutungen am frühesten und häufigsten Gegenstand unserer Therapie.

Die günstigen Erfolge, welche man in leichteren Fällen durch eine rein symptomatische, in schwereren durch operative Behandlung mit Kastration oder Exstirpation des Tumors von Bauchdecken oder Scheide aus erzielt, haben ein Verfahren der Blutstillung bei Myomen, welches früher großes Aufsehen machte, nahezu in Vergessenheit gebracht — ich meine die Erweiterung des Cervicalkanales durch Discission.

Bekanntlich machten Baker-Brown, MacClintock und Nélaton unabhängig von einander und ziemlich gleichzeitig die Beobachtung, dass eine ausgedehnte Spaltung des Cervicalkanales die Blutungen bei interstitiellen Fibroiden vermindere oder beseitige.

Baker-Brown nahm nach seinen Beobachtungen bei misslungenen Enukleationen an, dass die Spaltung der Kreismuskellage am Orif.

int. eine feste Kontraktion des Uterus um das Fibroid gestatte und auf diese Weise zu einer Selbsttamponade führe. Andere wieder sahen günstige Erfolge nur bei solchen submucösen und interstitiellen Myomen, welche bis zum inneren Muttermunde oder bis in den erweiterten Cervicalkanal herabreichten und nahmen mit Spiegelberg an, dass in diesen Fällen die Discission eine Retraktion der durch den Schnitt getroffenen Geschwulstkapsel sammt ihren erweiterten Gefäßen herbeiführe.

Die Discission ist im Ganzen nie zu ausgedehnterer Anwendung gekommen, obgleich wohl jeder Fachmann in jener Zeit, wo man der anderweitigen operativen Behandlung der Fibrome noch recht zaghaft gegenüberstand, vereinzelte günstige Erfahrungen über ihre hämostatische Wirkung gemacht hat. Dazu war die Methode eben doch zu unsicher oder zu wenig nachhaltig in ihrem Erfolge und überdies war ihre Wirkungsweise nicht so recht verständlich.

In neuerer Zeit habe ich nun einige Beobachtungen gemacht, welche ein neues Licht auf die Sache zu werfen und damit der raschen Erweiterung des Cervicalkanals in anderer Form ein begrenztes Feld der Anwendung für gewisse Fälle von Fibromblutungen zu sichern scheinen.

Meine Beobachtungen erstrecken sich auf 3 Fälle intramuraler Myome, welche in Bezug auf Befund und Folgeerscheinungen die größte Übereinstimmung darboten. Der Uteruskörper war jedes Mal bis zur Größe eines reifen Fötalschädels ausgedehnt und erschien scharf von dem langen und schlanken, von engem Kanale durchzogenen, Collum abgesetzt. Alle 3 Kranke waren sterile Ehefrauen im Alter von 42—46 Jahren. Gegen die Blutungen waren Ergotin, Hydrastis, Jodinjektionen, Bäder, einmal auch Curettement ohne greifbaren Nutzen zur Anwendung gekommen. In allen 3 Fällen drängte sich mir die Vermuthung auf, dass der Tumor im Innern des Uterus möglicherweise gestielt sei, weil die Blutungen unter ganz eigenthümlichen Erscheinungen verliefen. Nach vorausgegangenen Kreuzschmerzen und nach dem Gefühle starker Spannung im Leibe setzte die Blutung sofort stark ein, sistirte dann vom 2. oder 3. Tage ab auf 18—24 Stunden, um nun abermals unter heftigen kolikartigen Schmerzen in verstärktem Maße einzutreten und weitere 6—8—10 Tage anzudauern. Oft ging dabei geronnenes Blut in Klumpen ab. Die vollkommen glatte äußere Oberfläche des Uterus und seine kugelige Gestalt waren ebenfalls mit der Annahme eines Polypen gut vereinbar.

Ich beschloss hier auf Grund zahlreicher günstiger Erfahrungen bei ähnlichem Befunde das Innere des Uterus mit den Hegar'schen Hartgummistiften aufzuschließen und dann ev. den gestielten Tumor, durch Einschnitte verlängert, herauszufördern. In allen 3 Fällen fiel meine Untersuchung, nachdem ich den Kanal auf 16 mm Durchmesser erweitert hatte, negativ aus; es war kein Polyp vorhanden. Aber es trat sofort nach dem Eingriffe eine äußerst günstige Verän-

derung im Verhalten der Blutungen auf, obwohl danach keine anderen Mittel als früher zur Anwendung kamen. Die Regel verlief von jetzt ab ohne Unterbrechung, ohne Schmerz, ohne Abgang von Klumpen und dauerte kaum halb so lange wie sonst. Eine Kranke gab an, seit ihren Mädchenjahren nicht mehr so wenig Blut verloren zu haben. Die Beobachtungszeit, während welcher der günstige Erfolg bei meinen Kranken anhielt, variirte zwischen 7—14 Monaten.

Wie ist nun hier der günstige Einfluss der Erweiterung des Cervicalkanales zu deuten. Offenbar lag in obigen Fällen eine sehr bedeutsame Komplikation von Stenose des Collum mit Myomblutung vor. Der lange und enge Cervicalkanal bot dem abgehenden Blute ein ernstliches mechanisches Hindernis. Daher die starken Beschwerden vor Eintritt der Menses, daher die Unterbrechung der Blutung am 2. oder 3. Tage. Bei dem gehemmten Abflusse kam es dann zu einer Ansammlung des Blutes im Inneren der Gebärmutter; ihre Höhle dehnte sich aus und damit nahm auch die Ausdehnung der blutenden Fläche zu, welche überdies bei den andauernden Kontraktionen nie recht zur Ruhe kam. Die angestauten Massen gingen dann unter kolikartigen Schmerzen ab und die Blutung hielt in verstärktem Maße noch längere Zeit an.

Durch die gewaltsame Dehnung des Cervicalkanales wurde das mechanische Hindernis beseitigt; das Blut konnte ununterbrochen frei abfließen, ohne dass es zu Uterinkoliken und zu stärkerer Ausdehnung der Gebärmutterhöhle und damit der blutenden Fläche kam. Ich zweifle nicht daran, dass auch andere Kollegen schon auf den erschwerenden Einfluss aufmerksam geworden sind, den eine vorhandene Cervicalstenose auf Myomblutungen ausübt. Ich selbst sah mich in einem früheren Falle, wo nach tiefgreifenden Kauterisationen eine hochgradige Narbenstenose des ganzen Collums zu Stande gekommen war, zur Kastration veranlasst, weil die Blutungen und Schmerzen nahezu kontinuirlich geworden waren und die Stenose jedem Versuche einer Dilatation den unüberwindlichsten Widerstand entgegenstellte.

Gerade bei Komplikation von Cervicalstenose mit Corpusmyomen dürfte obigen Erfahrungen zufolge ein günstiger Einfluss der stumpfen Dilatation zu erwarten sein. Den größten Werth dürfte dieses Verfahren dann beanspruchen, wenn der Tumor bei oben geschildertem Befunde und Symptomenkomplexe noch keine bedeutende Größe erreicht hat und die Frauen dem Klimax nahestehen; also in Fällen, wo es sich wesentlich darum handelt, Zeit zu gewinnen und wo trotz erfolgloser medikamentöser und lokaler Behandlung doch weder Kastration noch Exstirpation des Tumors so recht an ihrem Platze sind.

Gegenüber der Spaltung des Cervicalkanales mit dem Messer, die bei langem und engem Kanale eine recht bedeutende Verletzung setzt, fällt bei der stumpfen Dilatation der Nachtheil der großen offenen Wundfläche und der Blutung weg. Auf der anderen Seite hat die gewaltsame Dehnung durch Hartgummistifte gegenüber der

Anwendung von Quellmitteln den Vorzug schnellerer und nachhaltigerer Wirkung. Dehnt man einen unnachgiebigen Kanal in einer kurzen Sitzung bis auf 16—18 mm Durchmesser aus, so werden die cirkulär um das Collum verlaufenden bindegewebigen und muskulären Faserlagen durch Überdehnung oder Zerreißung zum bleibenden Auseinanderweichen gebracht, ohne dass mit Nothwendigkeit — abgesehen von den Muttermundsrändern — eine offene Schleimhautverletzung zu entstehen braucht. Erforderlichenfalls würde sich bei ungenügendem oder kurzdauerndem Erfolge die Procedur mit Leichtigkeit wiederholen lassen.

---

1) **F. Schauta.** Über die Behandlung der Retroversio-flexio uteri.

(Prager med. Wochenschrift 1888. No. 29.)

Unter den ätiologischen Bedingungen legt S. den größten Werth auf das Wochenbett, namentlich auf das mit Para- und Perimetritis komplicirte. Bei Nulliparen entsteht diese Lageveränderung entweder plötzlich durch Erschütterung des Körpers oder ist die Folge wiederholter Kongestionen z. B. durch Onanie und Coitus reservatus. Symptomatisch erzeugt Retroversio-flexio 1) ein lästiges Druckgefühl auf den Mastdarm, 2) Druck und Zerrung der Harnblase, 3) Blutungen.

Beschwerden von Seite der Blase kommen nur bei Retroversio zu Stande. Durch parametrane Infiltrationen in der Excavatio vesicouterina kann es auch bei Retroflexionen zur Knickung der Harnröhre und Zerrung des Blasenhalses kommen. Blutungen treten ein entweder als Menorrhagien oder als Metrorrhagien. Sie sind Folge der venösen Stauung durch Torsion der Ligg. lata. Nervöse Symptome, Hysterie sind oft Folgen der Retroversio-flexio. S. warnt mit Recht zur Diagnosenstellung die Sonde anzuwenden. Behandlung erfordert zunächst die Reposition des Uterus. Bei beweglichem Uterus ist dieselbe leicht in Rückenlage oder Seiten- oder Knie-Ellbogenlage. S. beschreibt nun einige der gebräuchlichsten Repositionsmethoden. S. verwirft mit Recht auch hier die Sonde. Die Fixation wird diagnosticirt entweder bei vollständiger Unbeweglichkeit des Uterus, oder bei beweglichem Uterus, wenn derselbe nach Vornahme der Reposition und Einlegung eines geeigneten Pessars immer wieder in die Retroversio-flexio zurückfällt. Zur Lösung derartiger Fixationen sind Badekuren, Tragen eines Mayer'schen Ringes, und endlich die Schultze'sche Lösung derselben in Narkose in Anwendung zu ziehen. Doch gelingt letztere nur bei nicht zu festen Adhäsionen. Bei fester flächenhafter Adhäsion kann dieselbe ein sehr gefährlicher Eingriff werden. Hier kommt die Massagebehandlung nach Brandt zur Geltung, für die S. detaillirte Anweisungen giebt. Die Dauer dieser Massagebehandlung ist sehr verschieden; in leichten Fällen 5—8 Sitzungen. Man kann auch die Massagebehandlung durch Anwen-

dung von Pessarien unterstützen. Für die dauernde Erhaltung des Uterus in normaler Lage ist der Tonus der Ligg. sacrouterina wichtig. Derselbe kann wiederhergestellt werden durch die von Brandt ersonnene Uterushebung. Wo diese Methode nicht angewendet werden kann, muss der verlorene Tonus der Uterusfixationen künstlich ersetzt werden. Dies geschieht durch die Hebelpessare, und zwar zunächst die von Hodge und die von Thomas, das Schultze'sche Schlittenpessar, das Olshausen'sche Wiegenpessar. Endlich das Schultze'sche Achterpessar, welches den Uterus in normaler Lage hält, ohne das hintere Scheidengewölbe zu dehnen. Endlich giebt es Ausnahmsfälle, wo trotz Beweglichkeit des Uterus, trotz guter Pessarien, der Fundus immer nach hinten sinkt: Retroflexionen mit starrem Knickungswinkel. Gelingt es nicht diese Knickung zu mobilisiren durch fortgesetzte Massage, so kann nur geholfen werden durch direkte Fixation des Fundus nach vorn; entweder durch die Alexander-Adams'sche oder durch die Olshausen-Sänger'sche Operation, Erstere besteht in Verkürzung der Lig. rotunda. S. hat dieselbe nie gemacht. Die ventrale Fixation nach Olshausen-Sänger hat S. 4mal ausgeführt und zwar den ältesten Fall erst im Februar 1888, so dass er über ein definitives Resultat noch nicht berichten kann.

Wilhelm Fischl (Prag).

---

2) **Brooks H. Wells** (New York). Die ätiologische Beziehung der Cervixrisse zu Gebärmuttererkrankungen.

(Amer. journ. of obstetr. 1888. März. p. 257.)

Der Aufsatz soll eine Wiederlegung der bekannten Ansichten Nöggerath's darstellen, welche derselbe bei der letzten Versammlung der Naturforscher und Ärzte in Wiesbaden ausführlich dargelegt hat. Das Material stammt aus der Privatpraxis Mundé's. W. sucht Nöggerath :Punkt für Punkt zu widerlegen und kommt zu dem Schlusse, dass wenn auch die Wichtigkeit der Cervixrisse übertrieben worden sei, dennoch eine Grundlage von wirklichen Thatsachen und zweifellosen klinischen Beobachtungen übrig bleibt, die den Beweis liefert, dass wir berechtigt sind, die Operation als eine rationelle und segensreiche zu betrachten.

Engelmann (Kreuznach).

---

3) **J. Heitzmann** (Wien). Der Gebrauch der Moorextrakte in der gynäkologischen Praxis.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1888. No. 27 u. 28.)

Die Firma Mattoni bringt unter dem Namen Moorextrakte zwei Präparate in den Handel, die durch eine rationell im Großen betriebene einfache chemische Procedur aus der Franzensbader Moorerde dargestellt werden, das Moorsalz und die Moorlauge. Beide Extrakte werden, theils jedes für sich, theils in Kombination mit einander zu Bädern als Zusatz verwendet.

Die Moorlauge stellt ein bis zum Krystallisirpunkte der Salze

abgedämpftes wässeriges Extrakt des Mineralmoores dar; durch weiteres Eindampfen und Abkühlen werden die weißen und grünlichbraunen Krystalle gewonnen, aus denen das Moorsalz erzeugt wird. In den beiden Moorextrakten sind alle überhaupt extrahirbaren Bestandtheile des Mineralmoores enthalten. Von ihrer Anwendungsweise gilt dasselbe, was sich für die eigentlichen Moorbäder sagen lässt. Moorsalz eignet sich hauptsächlich für Vollbäder, Moorlauge dagegen gleich gut für Voll- als für Sitzbäder.

Die hauptsächlichsten Indikationen für diese von Mattoni hergestellten künstlichen Moorbäder sind Anämie, Chlorose, Hysterie, ferner die vielfachen chronischen Krankheitsprocesse der weiblichen Sexualorgane, als da sind: chronische Metritis, veraltete Subinvolutio uteri, chronische Endometritis, Menstruationsanomalien, chronische Oophoritis, Deviationen des Uterus, para- und perimetritische Exsudate; auch die weibliche Sterilität, so fern sie durch eine der vorangeführten Krankheiten oder deren Folgezustände bedingt ist, ist der Moorbehandlung zugänglich.

Die Firma Mattoni in Wien stellt denjenigen Ärzten, die mit den Moorextrakten Versuche anstellen wollen, dieselben in geeigneter Quantität kostenfrei zur Verfügung. **v. Buschman** (Wien).

---

4) **V. J. Cook.** Entstehung der Geschlechter.

(Aus: Nouv. arch. d'obstetr. et de gynécol. 1887. Juli. Ref. in Lyon méd. 1887. August 21.)

Auf Grund zahlreicher Beobachtungen und gestützt auf in dieser Richtung mit überraschendem Erfolge an die betreffenden Eheleute gegebenen Rathschläge, stellt C. die Behauptung auf, dass Konception, Abends oder vor Mitternacht erfolgt, männliches, Morgens erfolgt, weibliches Geschlecht der Kinder zur Folge habe. **Zeiss** (Erfurt).

---

5) **Samuel Gross** (Philadelphia). Eine klinische Studie über den Brustkrebs und seine Behandlung.

(Amer. journ. of the med. sciences 1888. März-Hft. p. 219. April-Hft. p. 341.)

Der Werth vorliegenden Aufsatzes liegt in dem reichen Material, welches zu einer statistischen Betrachtung des Brustkrebses benutzt worden ist, nämlich 1842 Fälle der verschiedenen Zusammenstellungen aus einzelnen Kliniken und Krankenhäusern. Während die Krankheit vor der Pubertät niemals, vor 30 Jahren selten auftritt, erreicht sie ihre größte Häufigkeit im Alter zwischen 45 und 50 Jahren, das Mittel ist 48,66 Jahre; nicht weniger als 81,20% entwickelte sich erst nach dem Alter von 40 Jahren, doch waren die meisten Frauen, 62,74%, noch menstruirt. Nur 12,28% der Frauen war unfruchtbar gewesen, 76% der Fruchtbaren hatte die Kinder selbst genährt, in 5% derselben hatte die Entwicklung in der Zeit der Schwangerschaft oder des Nährgeschäfts begonnen.

Die Erblichkeit lässt sich aus den nach dieser Richtung hin

mit Notizen versehenen Fällen nicht mit Sicherheit erweisen, denn nur in 4,72% waren die Eltern oder Voreltern befallen, rechnet man auch andere Seitenverwandte dazu, so sind nur in den Familien von 8,5% unter 1164 Fällen Krebsfälle festgestellt — offenbar ein höchst bemerkenswerthes Ergebnis gegenüber den allgemeinen Anschauungen in ärztlichen und Leien-Kreisen.

Eben so zweifelhaft ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Mastitis und Krebsentwicklung; nur 20% der fruchtbaren Frauen hatte an puerperaler Mastitis gelitten, und die Zahl schränkt sich bei genauerer Betrachtung noch mehr ein, denn nur in 11,6% trat der Krebs in derselben Brust auf, wie die Mastitis, und gar nur in 5,4% geschah dies in Knoten oder Verhärtungen, welche von jener Erkrankung zurückgeblieben waren. In 13,36% giebt ein Trauma die Veranlassung.

Meist beginnt die Geschwulstbildung nur in 1 Knoten, nur in 3% in mehreren zugleich, noch seltener als Infiltration der ganzen Drüse, nur 1,31% ist der Ausgangspunkt die Brustwarze und die Öffnungen der Milchgänge, sog. Paget'sche Krankheit. Die beiden Körperhälften stellen ungefähr dieselben Erkrankungsziffern, in 46% waren die oberen und äußeren Drüsenabschnitte, in 28% die Gegend der Warze.

Dass das Wachsthum der Geschwulst in jugendlichem Alter rascher vor sich gehe, ist nicht erwiesen, nur ist dies höchst auffallend, wenn der Beginn der Krankheit in die Zeit der Schwangerschaft oder des Nährgeschäfts fällt.

Als Unterscheidungsmerkmal des Krebses von Geschwülsten anderer Art ist G. die schon früh auftretende, von ihm in 52% aufgezeichnete Einziehung der Warze aufgefallen, welche ganz unabhängig von Verwachsung der Geschwulst mit der Haut und durch Schrumpfung der fibrösen Fortsätze, welche von der Brustfascie ins Innere ausstrahlen, bedingt ist. Dagegen findet sich eine ähnliche Einziehung der Warze nur in 5,22% bei anderen Geschwülsten. Nur sehr selten besteht ein Ausfluss aus der Warze, noch seltener ehe die Erkrankung deutlich wird. Schmerz ist gleichfalls eine fast allgemeine Erscheinung, nur in 4% fehlte er ganz, in 8% bestand allein das Gefühl von Schwere, in 88% dagegen war wirklicher Schmerz vorhanden.

15,8 Monate nach dem ersten Beginn im Durchschnitt pflegt eine Ausbreitung auf die Haut einzutreten, Eiterung erst nach durchschnittlich 19,9 Monaten. Unbeweglichkeit der Geschwulst tritt gleichzeitig mit dem Befallen der Lymphdrüsen auf und zwar nach 21,9 Monaten im Durchschnitt. In 2,85% aller Fälle erkrankt auch die andere Brust, durchschnittlich erst nach 29,8 Monaten.

In nicht weniger als 68,07% der darauf hin untersuchten Fälle waren schon bei der ersten ärztlichen Untersuchung Lymphdrüsen befallen, und zwar stets die der Achselhöhle, in 5,44% auch die der Supraclavicular-, in 1,34% die der Infraclavicular- und in 0,6%

die der Cervical-Gegend. In der Zusammenstellung von Török und Wittelshöfer (Langenbeck's Archiv XXV, 873) ist die Lymphdrüsenerkrankung viel seltener notirt, die der Achseldrüsen nur in 48%, offenbar weil ihr Sektionsmaterial zum großen Theil vorher der Operation unterworfen war. Für den Eintritt der Mitleidenschaft der Achseldrüsen ist es gleichgültig, ob die Erkrankung nahe oder fern der Achselhöhle begonnen hat.

Nachdem die Lymphdrüsen befallen sind, bilden sich Metastasen in anderen Organen, nur in etwa 11,5% aller Fälle treten diese ohne vorhergehende örtliche Komplikationen auf, in etwa 3% sind solche nur in der Haut und im Muscul. pector. vorhanden. Ähnliche Verhältnisse ergaben auch die Sektionen von Török und Wittelshöfer.

Die Häufigkeit der Metastasen ist schwer festzustellen. Wenn man allein die Sektionen reden lässt, so finden sie sich in etwa 51%, woraus sich ergiebt, dass sie sehr häufig zum Tode führen. Die Zusammenstellung aus der Litteratur ergiebt, dass unter 702 Fällen in 134 durch Sektion nachgewiesene und 70 diagnosticirte Metastasen bestanden, im Ganzen also 204 = 28,02%. Während der Beginn der Metastasenbildung von 5 Monaten bis zu 8 Jahren schwankt, berechnet sich der Tod durch dieselben auf durchschnittlich 29,4 Monate, oder 14,7 Monate nach Eintritt der Drüsenerkrankung. G. hat versucht für die Metastasen eine größere Zahl von Sektionsergebnissen aufzufinden und gewinnt die stattliche Zahl von 423; am häufigsten befallen ist die Leber mit 48,6%, die Pleura folgt mit 42,0%, die Lungen mit 41%, außerdem noch diese beiden zusammen mit 8,9%. Am seltensten ist die metastatische Krebsentartung des Rückenmarkes, des Ösophagus und Ureter mit je 0,2%, wogegen Ovarien in 8%, Uterus in 5,2%, Vagina in 0,4%, Tuben in 0,9% befallen werden.

Unter den zu Grunde gelegten 1527 Fällen blieben 137 unberührt und 1390 wurden operirt. Erstere hatten eine durchschnittliche Lebensdauer von 28,6 Monaten, wogegen unter den nach der Operation an Recidiven oder Metastasen zu Grunde gegangenen 536 Kranken die durchschnittliche fernere Lebensdauer 38,5 Monate betrug, es wird also eine beträchtliche Lebensdauer durch die Operation erzielt, welche außerdem noch 11,83% gänzlich und für immer heilte. Später als 3 Jahre nach der Operation ist ein Recidiv selten, es tritt nur in 2,30% aller Fälle ein. Die durchschnittliche Lebensdauer dieser spät noch von Recidiv befallenen Kranken betrug 5 Jahre und 9 Monate nach der ersten Operation, welche unter 146 Fällen 16mal hatte wiederholt werden müssen.

Wenn die Achselhöhle zur Zeit der Operation noch frei ist, ist die Zahl der dauernden Heilungen um 5,1% größer, als wenn dies nicht der Fall ist; sogar bei Eintritt von Recidiven scheint die Lebensverlängerung in derartigen Fällen größer zu sein.

Entgegen der traurigen Prognose, welche Sir James Paget der Operation stellen zu müssen glaubt, kommt G. zu günstigeren Aussichten. Unmittelbar an den Folgen der Operation starben 14,2%, in 66,80% traten örtliche Recidive auf und zwar schon in 3 Monaten in 44,14% derselben, während nach 12 Monaten solche nur in 15,5%, nach 3 Jahren, wie schon oben gesagt, nur in 2,30% auftraten.

In den Fällen, in denen die Axilla auch ausgeräumt wurde, ergiebt sich ein durchschnittlich späteres Eintreten des Recidivs, nämlich in 7,7 Monaten statt 6,4 Monaten bei Operationen ohne Ausräumung der Achselhöhle, was um so mehr ins Gewicht fällt, als doch wohl jenes die schwereren Fälle sein dürften. Ferner werden nach gleichzeitiger Ausräumung der Achselhöhle die Drüsen derselben ungefähr um 27% seltener von Recidiv befallen und um 27,5% seltener treten metastatische Erkrankungen innerer Organe auf. Wird in dieser Weise die Operation sorgfältigst ausgeführt, wie G. und Mitchell Banks gewohnt sind, so ergeben sich 20—24% endgültige Heilungen.

Was endlich die Mortalität der Operation betrifft, welche nach den Listen im Ganzen, wie wir sahen, etwa $14^1/_4$% betrug, so glaubt G. auch diese wesentlich herabsetzen zu können, da unter seinen letzten 43 Pat. nur 2 zu Grunde gingen; auch andere Operateure, Billroth, Küster, Banks, verloren in letzter Zeit weniger, im Ganzen zusammengerechnet ergaben sich unter 257 Operationen der Art 12,06% Todesfälle, welchen 19,38% völlige Heilungen gegenüber stehen; Küster verlor sogar nur 5,2%.

Bei der Ausführung der Operation selbst muss die Entfernung der Gewebe weit über die vorhandenen Knoten ausgedehnt werden, G. nimmt jetzt stets die ganze Drüse nebst Haut fort, welche er kreisförmig umschneidet und darauf den nach der Achselhöhle führenden Schnitt aufsetzt. Dann wird auch der Muscul. pector. sorgsamst untersucht, etwaige verdächtige Stellen weit ausgeschnitten, und mit dem Paquelin geätzt. Am schwierigsten ist die Loslösung der erkrankten Drüsen von der Achselvene, falls sie mit ihr verwachsen sind; am besten gelingt dies mit den Fingernägeln. Kann die große Wunde durch Nähte nicht völlig geschlossen werden, so sucht man die Wundränder doch möglichst zusammenzubringen. Durch so weite Ausdehnung der Operation hat G. 21,05% gänzliche Heilungen aufzuweisen, Banks, der etwas weniger gründlich zu Werke geht, 20,85%. **Lühe** (Demmin).

---

6) **Joel Hyde.** Ergotin, ein Résumé über seinen Nutzen und seine Gefahren in der Geburtshilfe.

(Brooklyn med. journ. 1888. Februar. p. 89.)

H. verdammt das Ergotin in der Geburtshilfe, nicht allein vor der Geburt des Kindes, sondern auch in der Nachgeburtsperiode gänzlich, da wir gegen Hämorrhagie post partum in der Heißwasserdusche ein viel sichereres und ganz unschädliches Mittel besitzen.

Höchstens könnte man es in ganz verzweifelten Fällen von Blutung als Unterstützung der Dusche und in subkutaner Anwendungsform geben. **Lühe** (Demmin).

Kasuistik.

7) **v. Braun** (Wien). Über ein zweites Hundert Ovariotomien.

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 4—7.)

Das Heilungsprocent dieser vom Jahre 1884—1887 ausgeführten 100 Laparotomien (93 Ovariotomien und 7 Probeincisionen bei malignen Tumoren) beträgt 87. Von den 93 vollendeten Operationen wurden $93\frac{1}{2}\%$ geheilt und zwar kamen nach den im Hörsaale der Klinik in Anwesenheit zahlreicher Studenten ausgeführten 70 Ovariotomien 67mal Heilungen (95,7%), nach den in einem Privatsanatorium unternommenen 23 Operationen 20mal (86,9%) Heilungen vor, so dass B. diesen verschiedenartigen Verhältnissen, unter welchen operirt wurde, keinen besonderen Einfluss zuschreibt.

Bezüglich der Technik wäre zu erwähnen, dass in den letzten $1\frac{1}{2}$ Jahren statt der Badeschwämme nur in heiße Thymollösung getauchte Gaze gebraucht wurde, dass Drainage der Bauchhöhle in der Regel nicht zur Anwendung kam; Sublimat wurde nie verwendet.

Die beigegebenen, kurz skizzirten, mitunter sehr interessanten Krankengeschichten müssen im Original nachgelesen werden. **Torggler** (Innsbruck).

8) **Piskaček** (Wien). Zur Behandlung der Scheiden- und Gebärmuttervorfälle mittels Eipessarien bei bestehender Gravidität und Hypertrophie mit Elongation des Collum.

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 8.)

Auf Grund von 2 Fällen (Prolapsus vag. et colli elongati in gravida; Prolapsus vaginae et uteri gravidi incompletus cum elongatione et hypertrophia colli), in denen ein Breisky'sches Eipessar $1\frac{1}{2}$ resp. 3 Monate ohne die geringsten Beschwerden getragen werden konnte, kommt P. zum Schlusse, dass diese Form von Pessarien dem Ringpessar vorzuziehen seien. Sie können anstandslos lange Zeit liegen bleiben, da selbe weder wie die ringförmigen Pessarien durch excentrischen Zug an der Portio die Schwangerschaft unterbrechen, noch durch Druck Nekrosen bewirken oder lästige Katarrhe unterhalten, sie hätten keine üble Einwirkung weder auf Blase oder Mastdarm, noch auf Scheide oder Cervix (Fraenkel ist allerdings anderer Meinung, da durch das Sekret die Pessarien rauh werden, Ref.), dabei geben sie aber Gelegenheit zur Rückbildung der elongirten oder hypertrophischen Vaginalportion zur Norm. **Torggler** (Innsbruck).

9) **Duchamp** (Lyon). Tubenschwangerschaft von 6 Wochen; Ruptur; Laparotomie; Heilung.

(Lyon méd. 1887. August 28.)

Das 2 cm große Ovulum wurde zwischen den Blutgerinnseln gefunden; der geborstene Tubensack mit dem von ihm nach außen gelegenen Tubentheil und dem Ovarium abgebunden. Heilung typisch verlaufend. **Zeiss** (Erfurt).

10) **Thomas Rowan** (Melbourne). Über einen Fall von Extra-uterin-Gravidität.

(Austral. med. journ. 1887. Juli 15.)

Die Gravidität besteht wahrscheinlich seit Januar oder Februar 1886. Im Juli desselben Jahres wird ein Fötus, lebend, außerhalb der Gebärmutter konstatirt. Pat. hat wiederholt heftige, langdauernde Blutungen. Ende Oktober neue heftige Blutung mit Schmerzen und Prallwerden der Brüste; Herztöne und Kindesbewegungen hören auf. Der Tumor füllt die linke Seite des Unterleibes und Beckens;

Uterus rechts, offen; Operation den 14. Januar. Keine Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand, Fötus ausgetragen, in Maceration; Placenta entfernt; Sackwandungen, sehr dünn, resecirt, und der tief im Becken ruhende Theil des Sackes durch Nähte geschlossen. Glasdrain in den Douglas. Glatte Heilung.

Zeiss (Erfurt).

11) **J. R. Kirkpatrick.** Uterusabscess mit Durchbruch durch den Nabel.

(Dublin journ. of med. science 1887. August.)

Im Anschluss an ein Wochenbett entstand ein ziemlich schnell wachsender Tumor, angeblich der Gebärmutter. Im Anfang bestand kein Fieber, wenig Beschwerden, keine peritonitischen Erscheinungen. Drei Wochen nach der Entbindung reichte er bis 1 Zoll über den Nabel; ist gut abzugrenzen; fühlt sich an wie ein Uterus im 7. Monat der Schwangerschaft. Aus Grund des Mangels peritonitischer Erscheinungen, weil man glaubte, in dem Tumor die emporgewachsene Gebärmutter annehmen zu müssen, stellte man die Diagnose Uterusabscess. »Aus Bedenken, die Bauchhöhle zu inficiren,« öffnete man die sich bildende fluktuirende Stelle nicht, sondern wartete den spontanen Durchbruch, der durch den Nabel stattfand, ab. Durch die Öffnung eingeführt, nahm eine Sonde die Richtung des Urachus. Es entleerte sich eine beträchtliche Menge fettigen und käsigen Eiters. Die Höhle wurde unter ziemlich starkem Drucke mit Borsäure irrigirt und heilte aus. Nach Kurzem war der Uterus wieder mobil unten im Becken.

Schon letzterer Umstand, neben anderen, lässt die Diagnose Uterusabscess hier doch recht zweifelhaft erscheinen. **Zeiss** (Erfurt).

12) **Loviot** (Paris). Menstruatio praecox.

(Lyon méd. 1887. September 11.)

Ein Kind von 4 Jahren 10 Monaten menstruirt seit 7 Monaten regelmäßig in gleicher Quantität und Qualität 3 Tage lang jeden Monat. Ähnliche Antecedentien in der Verwandtschaft nicht vorhanden. Das Kind sieht aus, als wäre es 7—8 Jahre alt; Fettpolster an den Brüsten, Nates und Mons veneris auffällig entwickelt; an letzterer Stelle aber noch kein Haar; Labia majora und Clitoris ebenfalls auffällig stark ausgebildet. **Zeiss** (Erfurt).

13) **R. W. Felkin** (Edinburg). Mittheilung über einzelne Fälle.

(Edinb. med. journ. 1887. Oktober.)

1) Metrorrhoea. Eine 25jährige Frau, die 5 Jahre in Kalkutta gewohnt und dort 3 Kinder geboren hatte, litt seitdem an Dysmenorrhoe und verschiedenen Neuralgien und seit 6 Monaten an heftigen Metrorrhagien. Obgleich die Untersuchung keine merkliche Milzvergrößerung nachwies, und auch von der Kranken nichts darauf Bezügliches zugegeben wurde, hielt F. die Beschwerden doch für larvirte Malaria, um so mehr, als an den Genitalien kein evidenter Grund für die Blutungen zu eruiren war, abgesehen etwa von einer leichten Vergrößerung und Weichheit der Gebärmutter. Verf. behandelte mit Chinin, Roborantien und beseitigte binnen Kurzem die Schmerzen und Blutungen der Frau, die sich behufs Operation zu ihm begeben, vollständig.

2) Menstruale Schwellung der kleinen Labien. Trauma (Schlag mit einem Besenstiel), skleromartige Schwellung der kleinen Labien bis zu Hühnereigröße, bei jeder seitherigen Menstruation, seit 6 Monaten; in der Zwischenzeit nicht ganz verschwindend.

3) Fall von akuter Pharyngitis bei jeder Menstruation. **Zeiss** (Erfurt).

14) **Garrigues.** Der verbesserte Kaiserschnitt nebst Bericht über einen glücklich abgelaufenen Fall.

(Amer. journ. of the med. sciences 1888. Mai. p. 439.)

Eine erstschwangere Amerikanerin von 141 cm Höhe hat einen Abstand der beiden Spinae anterior. superior. ilei von einander von 19 cm, größter Abstand der beiden Cristae iliae 21,5 cm, Conjugata externa 16 cm, Abstand der beiden hinteren oberen Darmbeinstachel 6 cm, der beiden Trochanteren 25 cm, Conjugata

vera wird auf 8 cm geschätzt. Etwa 12 Stunden nach Beginn der Wehen wird zur Ausführung des Kaiserschnittes geschritten. Um den Uterus wird unterhalb des Kindskopfs eine elastische Umschnürung gemacht, der Uterus aus der Beckenhöhle gerollt und außerhalb derselben eröffnet, wobei sich die Wand fast zolldick zeigte. Nach Sprengen der Eihäute wurde der Kopf des Kindes umfasst und aus dem unteren Wundwinkel herausgehebelt; Eihäute und Placenta wurden in einem Stück entfernt. Die Naht des Uterus wurde so ausgeführt, dass der Bauchfellüberzug eingefalzt wurde, dann 6 tiefe Nähte, ca. 2 cm vom Wundrand, welche das Endometrium nicht mitfassten, dazwischen oberflächliche Peritonealnähte; sorgfältige Blutstillung, nachdem eine venöse Blutung nach Lösung der elastischen Umschnürung eingetreten war. Dabei war die Uterushöhle weder ausgetupft noch ausgespült, sonst aber sorgfältige antiseptische Maßregeln angewendet worden. Als der Uterus nach der Vollendung der Operation, welche $1^1/_4$ Stunde gedauert hatte, sich vergrößerte, wurde ein Blutgerinnsel ausgedrückt und dann eine intra-uterine Ausspülung mit Sublimatlösung 1:4000 gemacht und Ergotin subkutan gegeben. Das lebende Kind hatte gewöhnliche Größenverhältnisse.

Nach 1 Woche Verbandwechsel, alle Nähte entfernt, völlige Vereinigung per primam, mit Ausnahme der oberen Hautschichten im oberen Wundwinkel; auch hier trat Heilung ohne Eiterung ein, bis zur späteren Entwicklung einer Mastitis bestand kein Fieber, die Pat. stillte ihr Kind selbst. Es ließ sich später eine Verwachsung des Uterus mit der Bauchwand rechts von der Wunde feststellen.

Lühe (Demmin).

15) **Howard Kelly.** Hysterorrhaphie.

(Amer. journ. of the med. sciences 1888. Mai. p. 468.)

K., bekannt durch seine Bemühungen, eine radikale Kur für schwere Retroflexionen zu finden, hat von einigen Operateuren Mittheilungen über noch nicht veröffentlichte Fälle der Art erhalten, welche er hier zusammenstellt. Zu den von Sänger im Centralbl. f. Gynäkol. 1888 No. 2 und No. 3 veröffentlichten 7 Fällen kommen 4 von Zweifel, in welchen zur Fixation des retroflektirten Uterus die Hysterorrhaphie nach der Laparotomie vorgenommen wurde, 1mal wurden auch die erkrankten Ovarien und Tuben entfernt, es wurden stets 2 Silkwormgutnähte angelegt und die Beseitigung unmittelbar über und seitlich der Symphyse vorgenommen; alle Pat. genasen von der Operation, die Fixation wurde erreicht, 1 Pat. aber wurde schließlich geisteskrank, wogegen die anderen ihre Beschwerden verloren. Staude, Hamburg, exstirpirte das linke Ovarium und befestigte das linke breite Mutterband an dem Peritoneum am linken Wundrand. Das rechte Ovarium war festgewachsen, so dass es nicht abgelöst werden konnte, es wurde daher der Uterus selbst an die Bauchwand befestigt und blieb auch so noch 1 Jahr später, die Beschwerden aber wurden nur in so weit gehoben, als sie unmittelbare Folge der Lageveränderung waren.

Brenneke, Magdeburg, hat dem Verf. 2 Fälle zur Verfügung gestellt. Schon 1883 nähte derselbe nach rechtsseitiger Ovariotomie den Stumpf an die Bauchwand mit Jodoformseide fest, und erzielte dadurch Heilung von dem zugleich bestehenden Prolapsus uteri. Auch im 2. Falle handelte es sich um den Versuch, gelegentlich einer Ovariotomie einen Prolaps zu heben, doch wurde hier ein dauernder Erfolg nicht erreicht.

Werth, Kiel, befestigte gelegentlich einer Kastration wegen profuser Menstrualblutungen die Stümpfe an die Bauchwand und erreichte so die Aufrichtung der stark zurückgelagerten Gebärmutter. In einem zweiten Falle, Entfernung einer Dermoidcyste des rechten Ovarium, wurde der scharf retroflektirte und hinten fixirte Uterus losgelöst und vorn angenäht, es wurde völlige Anteversion bewirkt und die Beschwerden gehoben.

Endlich bringt Verf. außer 2 kurz erwähnten Fällen von Lawson Tait und 1 von Weist (Pittburg med. review Vol. I. No. 2 p. 280) noch einen eigenen neuen Fall, welchen er mit Abbildungen belegt. Der Uterus war stark vergrößert, in spitzem Winkel retroflektirt und fest verwachsen. Die Tuben und Ovarien

wurden entfernt und die breiten Mutterbänder beiderseits mit dem Peritoneum dicht über der Symphyse vernäht.

K. stellt folgende Indikationen für die Hysterorrhaphie auf: 1) Retroflexio uteri mit Verwachsungen, wenn die Beschwerden von der Lageveränderung selbst herrühren; 2) einfache Retroflexio, falls andere Mittel nicht Erfolg haben; 3) einfache Retroflexio, falls aus anderen Gründen der Bauchschnitt gemacht ist; 4) Prolaps, welcher anderweit erfolglos behandelt ist. **Lühe** (Demmin).

16) **Caillé.** Prolaps des umgestülpten unteren Endes des rechten Ureters durch die Harnröhre bei einem Kind von 2 Wochen.

(Amer. journ. of the med. sciences 1888. Mai. p. 481.)

Im Kinderhospital zu New York wurde ein 2wöchentliches weibliches Kind eingeliefert, welches von Geburt an an Diarrhoe gelitten und plötzlich eine schmerzhafte Geschwulst an der Vulva gezeigt hatte. Die aus der Harnröhre heraustretende Geschwulst wurde reponirt, trat dann aber wieder hervor und begann zu gangränesciren. Man hielt sie für einen vorgefallenen Blasendivertikel und trug sie schließlich ab. Es erfolgte bald darauf der Tod und die Sektion zeigte, dass es sich um das vorgefallene, stark erweiterte untere Ende des rechten Ureters gehandelt hatte; an der Innenfläche des Sackes saß ein kleiner Polyp, welcher wohl zuerst Anstauung des Harns, schließlich den Vorfall veranlasst hatte; das rechte Nierenbecken war erweitert und mit Eiter gefüllt, beide Nieren diffus eitrig entzündet. **Lühe** (Demmin).

17) **Manton.** Einige seltene Fälle von Geschwülsten der Vulva.

(Sep.-Abdr. aus dem Canada med. and surg. journ. 1887. Dec. Montreal 1887.)

M. hat 2mal Gelegenheit gehabt, Varicen der Vulva bei unberührten Jungfrauen zu sehen. In einem Fall wuchs die Geschwulst ganz erheblich bei Eintritt der Schwangerschaft, sie war längere Zeit nach einem Abscess entstanden, welcher von einem Arzt eröffnet worden war, zwar an derselben Stelle, aber ohne zeitlich jener Erkrankung bald zu folgen. Noch unklarer war die Entstehung der Geschwulst in dem anderen Fall.

Bei einem Mädchen sah M. eine warzenartige, condylomatöse Geschwulst, welche er abtragen musste. M. glaubt, dass Syphilis nicht vorlag, sondern die Geschwulst sich ohne solche entwickelt hatte. **Lühe** (Demmin).

18) **A. Van der Veer.** Geschichte des Bauchschnittes in Albanien, mit Bericht über 75 Fälle.

(Annals of surg. 1888. Mai. p. 336.)

Nach des Verf. Darstellung führte Alden March schon in der Zeit von 1849 bis 1868 nicht weniger als 7mal den Bauchschnitt aus, und zwar waren Ovariengeschwülste 6mal, 1mal ein Uterusfibroid die Veranlassung. Er verlor noch 4 Pat., von 1 ist der Ausgang nicht erwähnt. Im Ganzen sind hier zusammengestellt 24 Laparotomien durch andere Operateure Albaniens, von denen bei einer der Ausgang unbekannt ist. Von den übrigen 23 genasen 9 = 39,1, starben 14 = 60,9%, unter den Genesenen sind 2 von Lawson Tait operirt gelegentlich seiner Anwesenheit in New York im Jahre 1884.

Des Weiteren folgt eine Liste von 51 durch V. selbst ausgeführten Operationen, es sind darunter

26 Ovariotomien	mit 9	Todesfällen	= 34,7%,
8 Kastrationen	» 1	»	= 12,5%,
17 Probe-Incisionen	» 8	»	= 47,1%.

Die Sterblichkeit der 8 ersten Ovariotomien ist = 100%, während die letzten 18 nur mit einem Todesfall einander folgten. In der letzten Zeit mehren sich, offenbar mit zunehmender Sicherheit des Erfolges, die »exploratory incisions«, zu welchen Verf. übrigens auch die wegen Uterusfibroiden vorgenommenen Hysterektomien rechnet. Unter denselben befindet sich ferner noch 1 Fall (No. 29), in

welchem der Tumor sich als Peritonealtuberkulose erwies; auch hier trat die schon oft beobachtete, vor der Hand noch unaufgeklärte, wesentliche Besserung nach der Operation ein, welche der Natur des Leidens nach selbstverständlich unvollendet bleiben musste. **Lühe** (Demmin).

19) **F. Monod** (Pau). Künstliche Geburt nach der Methode von Krause.

(Progrès méd. 1887. No. 47.)

In 3 Fällen von rachitisch verkrümmten Graviden hat M. dieses Verfahren angewendet. 2 lebende Kinder, das dritte todt wegen der langen Wehen. Keine Nachkrankheiten bei allen 3 Frauen. Die Vorzüge dieses Verfahrens sind nach M.: 1) Einfachheit der Anwendung, 2) Sicherheit der Aktion, 3) Schnelligkeit, 4) Unschädlichkeit. Er vergleicht damit die anderen Methoden und betont, dass der Tarnier'sche Dilatator eben so wie die Sonde bei Krause anzuwenden ist. Aber letztere hat man immer bei sich. Pamard (Avignon) hält den Tarnier'schen Dilatator für nicht so leicht anwendbar, als man allgemein annimmt und zieht Krause's Methode vor, die er jüngst erst mit vollem Erfolge angewendet hat.

Pauly (München).

20) **J. Jaeger** (Straßburg). Hauterkrankung bei einer Hysterischen.

(Gaz. méd. de Strasbourg 1888. No. 2 und 4.)

J. hatte Gelegenheit bei einer 37jährigen, neuropathisch belasteten Dame, welche seit Jahren an Hysterie litt, das wiederholte Auftreten einer eigenthümlichen, dem Erythema nodosum sehr ähnlichen Hauterkrankung unter starker Temperatursteigerung zu beobachten. Die sich aus einer nicht umschriebenen Verdickung der Haut ausbildenden Knoten waren von sehr verschiedener Größe; einige erreichten die eines Taubencies. Die meisten bildeten sich spontan zurück, nur wenige vereiterten und machten eine Incision nöthig. Mehrere exstirpirte J., Pat. fühlte danach angeblich jedes Mal einen wesentlichen Nachlass der sonst erheblichen Schmerzen. Die mikroskopische Untersuchung der Knoten ergab ein starkes Blutextravasat und entzündliche Infiltration des Bindegewebes.

Alle äußerlich und innerlich angewendeten Medikamente blieben erfolglos. Schließlich wurde konstatirt, dass sich Pat. im Geheimen Nadelstiche beibrachte, um die sich dann jene Knoten bildeten. **Graefe** (Halle a/S.).

21) **Elder** (Nottingham). Zwei glücklich verlaufene Laparotomien bei eitriger Peritonitis.

(Prov. med. journ. 1888. April. p. 152.)

Während in dem ersten der beiden Fälle bei einer Frau ein abgesackter perityphlitischer Abscess zum Bauchschnitt führte, wurde im 2. Fall dieselbe Operation wegen chronischer Unterleibsschmerzen unternommen, und man fand dann eine allgemeine eitrige Peritonitis, wahrscheinlich ausgegangen von einer geplatzten Pyosalpinx. In beiden Fällen wurde drainirt, im letzten auch die Tuben und Ovarien entfernt, Genesung trat beide Male ein. **Lühe** (Demmin).

22) **G. Braun** (Wien). Über einen dritten und vierten Fall von Sectio caesarea nach konservativer Methode.

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 20.)

1) Allgemein gleichmäßig verengtes Becken (Sp. 20, Cr. 24, Tr. 27, DB. 17, C. vera $7^1/_2$ cm) bei einer 24jährigen Primipara. Schädel, ziemlich groß und hart, steht über dem Eingang, nach links abgewichen, rechts Vorlagerung eines Armes. Bei verstrichenem Muttermunde den Kaiserschnitt aus relativer Indikation nach bekannten Vorbereitungen ausgeführt; reife (3000 g 50 cm), schreiende Frucht; manuelle Entfernung der Secundina; Uterus mit 15 Muskelnähten aus Seide vereinigt, das Peritoneum darüber durch fortlaufende Naht geschlossen. Reaktionsloser Verlauf; Pat. wird am 31. Tage post op. mit einer Bauchbinde entlassen.

2) Kaiserschnitt wegen hochgradiger Stenose des Cervix und der Vagina, wahr-

scheinlich während einer Scarlatina oder eines Typhus acquirirt, bei einer 19jährigen Ipara. Da B. an die Möglichkeit der Durchführung einer Wegsamkeit des Cervix und der Vagina im Puerperium, trotzdem es bei der Gebärenden nur mit Mühe gelingt, mittels Uterussonde eine in den Narbensträngen versteckte Öffnung zu entdecken, dachte, sah er von einer Porro-Operation ab und führte den Kaiserschnitt mit Uterusnaht (30 Seidennähte, darüber fortlaufende Peritonealnaht mit Seide) aus. Lebende Frucht von 48 cm Länge und 2600 g Gewicht. Tags nach der Operation wird im Spiegel theils stumpf durch den Finger, theils blutig durch ein kachirtes Knopfbistourie die Stenose behoben und drainirt. Verlauf des Wochenbettes leicht gestört. **Torggler** (Innsbruck).

23) **Ganghofner** (Prag). Über einen Fall von Carcinoma uteri bei einem achtjährigen Mädchen.

(Prager Zeitschrift für Heilkunde Bd. IX. Hft. 4 u. 5.)

Bei der Aufnahme in G.'s Kinderklinik bot das Mädchen, welches seit mehr als 2 Jahren an unregelmäßig auftretenden Genitalblutungen litt, folgenden Befund dar: Hymen erhalten, sehr dehnbar, Vagina merklich erweitert; der Portio vaginalis saß ein das vordere Laquear bedeckender etwa haselnussgroßer höckeriger Tumor auf von papillärem Baue, blassröthlich-grauer Farbe, weicher, brüchiger Konsistenz und exulcerirter Oberfläche. Schon bei leichter Berührung des Tumors trat eine Blutung auf, die im Anschlusse an die Untersuchung 2 Tage lang in ziemlich intensivem Grade andauerte. Mit Rücksicht auf die Blutungen so wie äußerer Umstände wegen wurde eine möglichst radikale Excision des Tumors beschlossen. Nach Durchtrennung des Sphincter cunni behufs Wegsammachung der Scheide Abtragung des Tumors im Speculum mittels der Schere, Kauterisation der Wundfläche, Jodoformgazetamponade der Scheide, Naht der äußeren Wunde. Trotz glatten Wundverlaufes trat in den nächsten Tagen Fieber ein, es entwickelte sich Variola confluens, welcher die Pat. in kurzer Zeit erlag. Die von Prof. Chiari ausgeführte mikroskopische Untersuchung der Tumormassen ergab den Befund eines medullaren Carcinoms, welches nachweisbar von den cervicalen Drüsen ausgegangen war. **Piering** (Prag).

24) **Fleischmann** (Wien). Zur Kenntnis des Trichterbeckens.

(Prager Zeitschrift für Heilkunde Bd. IX. Hft. 4 u. 5.)

Während eines Zeitraumes von 3 Jahren hatte F. als Breisky's Assistent der Prager Klinik Gelegenheit, 24 Fälle von Trichterbecken zu untersuchen und ihren Geburtsverlauf zu beobachten. Nach seinen Untersuchungen theilt er diese Beckenform (von der durch Kyphose bedingten abgesehen) in 3 Gruppen ein: 1) einfache Trichterbecken, die Verengerung betrifft ausschließlich den Beckenausgang im queren oder geraden Durchmesser oder in beiden; 2) Trichterbecken, die auch im Eingange verengt sind, die Ausgangsbeschränkung ist dabei die vorwaltende, hierher gehören die allgemein verengten, die platten und die allgemein verengten platten Trichterbecken; die 3. Gruppe bilden die infantilen Becken. Die Vertheilung dieser Formen in der obigen Zahl ist leider nicht erwähnt, doch werden für alle Formen dieser 3 Typen (mit Ausnahme des nur im geraden Durchmesser verengten einfachen Trichterbeckens) einzelne Fälle nach ihrem mitunter recht interessanten klinischen Verlaufe als Beleg mitgetheilt. In Bezug auf die Diagnose des Trichterbeckens an der lebenden Frau lenkt F. die Aufmerksamkeit auf den Habitus der Frauen. Die Trägerinnen von Trichterbecken zeigten sehr häufig eine starke Kongruenz der Genitocruralfalten, so wie Schmalheit der Hüften und der Gefäßgegenden, ohne dass sich jedoch ein für das Trichterbecken im Allgemeinen charakteristischer Habitus konstruiren ließ. Bezüglich der für alle diese Fälle besonders werthvollen äußeren Beckenmessung will F. dem Trochanterenmaße eine größere Bedeutung zugedacht wissen, da dasselbe in der Hälfte aller Fälle sich im Vergleiche zu dem der Spinae und Cristae als zu klein erwies, während es allerdings in 2 Fällen von bedeutender querer Verengerung des Ausganges die normale Größe zeigte. Mit Recht wird der Breisky'schen Methode der

Messung des Beckenausganges gedacht. F. bestimmte an einer mageren Leiche die Distanz der Tubera ischii, stieß in die Messpunkte derselben Eisenstifte und fand nach Bloßlegung der Sitzhöcker, dass die Messpunkte einer anatomisch wohlcharakterisirten Stelle entsprachen, nämlich der Stelle, wo das Lig. tubero-sacrum mit seinem vorderen sichelförmigen Rande dem Innenrande des Tuber inserirt. Für die Diagnose bildet indessen auch hier die Austastung das beste Hilfsmittel. Am Schlusse fasst F. seine Ausführungen in folgenden Sätzen zusammen:

»Das Trichterbecken kommt in der Prager Klinik ziemlich häufig vor.

Die Diagnose dieser Beckenanomalie bereitet keine Schwierigkeiten; die größte Wichtigkeit dabei beansprucht die Beckenausgangsmessung nach Breisky, die weiterhin noch durch die Messung der Sitzbeinstachelentfernung zu vervollständigen ist. (Letztere Messungen werden an der Prager Klinik gegenwärtig mit Hilfe des Skutsch'schen Beckenmessers ausgeführt, eine Methode, die, wie Schauta in dem eben erschienenen 2. Bande des Handbuches für Geburtshilfe mittheilt, bei sehr geringen Fehlerquellen brauchbare Resultate giebt. Ref.)

Das Trichterbecken ist häufig der Grund von Geburtsstörungen; der Kindeskopf bleibt über den Sitzbeinstacheln stecken, die Wehen erlahmen. Es scheint, dass in vielen Fällen von sog. sekundärer Wehenschwäche bei in der Beckenhöhle steckendem Kopfe Ausgangsbeschränkungen vorhanden sind.

Beim Trichterbecken ist verhältnismäßig oft operatives Einschreiten nöthig; am häufigsten die Zange. Dabei kommt es leicht zu großen Scheidenverletzungen, die aber auch bei spontaner Geburt entstehen können. Besonders gefährdet sind die den Sitzbeinstacheln und den aufsteigenden Sitzbeinästen entsprechenden Scheidenpartien. Der Zange sollen die selbständige Abwickelung der Geburt fördernde Mittel vorangehen. Unter diesen spielen das prolongirte warme Vollbad und die knieend-dauernde Stellung der Kreißenden die erste Rolle.

Erweisen sich diese Versuche als fruchtlos, dann darf die Beendigung der Geburt nicht lange mehr hinausgeschoben werden.

Findet die Zange sehr große Widerstände, dann soll ihre Anlegung in einem anderen, für den Einzelfall günstigeren Durchmesser versucht werden; versagt sie auch dann, so bleibt bei Gefahr der Mutter nur die rasche Verkleinerung des Kindskopfes übrig.

Die starke Kompression des Kindskopfes von Seite des engen Ausganges der Trichterbecken gefährdet das Leben und wahrscheinlich die geistige Entwicklung der Kinder.« **Pierlng** (Prag).

25) **A. Victoria Scott** (Philadelphia). Behandlung der Uterusfibroide durch Elektricität.

(Amer. journ. of obstetr. 1888. März. p. 270.)

S. theilt 7 Fälle mit, welche sie mittels Elektricität, aber ohne jede Methode, ohne Beobachtung der Stromesstärke, bald galvanisch, bald faradisch, bald positiv, bald negativ behandelte. Dennoch soll das Resultat stets gut gewesen sein, einzelne Geschwülste verschwanden vollständig. **Engelmann** (Kreuznach).

26) **Faucourt Barnes.** Ovariotomie bei alten Frauen.

(Prov. med. journ. 1888. April. p. 153.)

B. machte in den letzten 2 Jahren unter anderen auch 3 Ovariotomien wegen Kystomen mit glücklichem Ausgang an Frauen in sehr vorgerückten Lebensjahren, eine war 65, eine 70, eine 67 Jahre alt. Da er als einzige zu fürchtende Gefahr, welche dem höheren Alter eigenthümlich sein kann, den frühzeitigen Eintritt des Decubitus ansah, so vermied er sorgfältig, die Operirten stets in Rückenlage liegen zu lassen und hielt darauf, dass sie bald die eine, bald die andere Seitenlage einnahmen. **Lühe** (Demmin).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 46. Sonnabend, den 17. November. 1888.

I. Die Erfolge der Antiseptik in der Geburtshilfe.
Ein Beitrag zur Morbiditätsstatistik der Gebärhäuser.

Von

F. Ahlfeld.

Es hat sich bei den Anstaltsdirektoren mehr und mehr eingebürgert, den Gesundheitszustand der unter ihrer Verwaltung stehenden Gebäranstalten zu charakterisiren durch die Angabe der Anzahl der fieberhaften Wochenbetten.

Leider ist einerseits die Grenze für diese letzteren noch nicht einheitlich angenommen, andererseits belieben einzelne Direktoren noch gewisse Krankheitsformen, die sie als »nicht puerperale« angeben, auszuscheiden und nicht mit zur Berechnung zu bringen, so dass ein Vergleich noch einigen Schwierigkeiten unterliegt.

In erster Beziehung nehmen die meisten Geburtshelfer 38,0 als die Grenze an, einzelne 38,2.

Immerhin ist es schon möglich, aus den bisher gegebenen Mittheilungen zu ersehen, wie hoch wohl im Durchschnitt die Zahl der fieberlosen Wochenbetten bei strenger Durchführung der antiseptischen Maßregeln in den Anstalten gebracht werden kann.

Folgende kleine Tabelle mag einige mir bekannt gewordene Angaben wiedergeben:

	Jahr	Anz. d. Geb.	Fieberlose Wochenb.	=	%	Bemerkungen.
Pinard[1]	1886	616	465		75,5	
Schroeder[2]	1886	267	209		78,3	
Leopold[3]	1886	1387	1079		77,8	
Fehling[4]	1886	418	303		71,5	Nach Abzug aller nicht puerperalen Affektionen.
Winckel[5]	1886	828	607	(73,07)	64,0	Die Grenze von 38,2 (genommen auf 38,0 umgerechnet[7].
	1887	218	165	(75,69)	66,6	
	1883/87	2000	—	(78,50)	69,4	
Ahlfeld[6]	1886	283	187		66,1	
	1887	272	201		73,9	
Hartwig	1886	467	—		71,9	
(Hannover)	1887	461	—		68,1	

Man sieht aus diesen Mittheilungen, dass die Grenzen zwischen 64% und 78% liegen, dass es also in unseren, dem Unterricht gewidmeten Anstalten, gelingt, von 100 entbundenen Frauen ungefähr 70 so fieberlos zu erhalten, dass dieselben kein Mal im Wochenbette eine Steigerung über 38° aufzuweisen haben.

Dies Resultat hat auch, ungefähr wenigstens, Winckel vor Augen gehabt, welcher in dem soeben erschienenen Lehrbuche der Geburtshilfe, p. 856 schreibt: »Wir werden daher nicht zu weit gehen, wenn wir verlangen, dass durch ein energisches antiseptisches Verfahren die puerperale Infektionsmortalität in Kliniken und Privathäusern auf 0,25% beschränkt werden muss und dass die puerperale Morbidität, d. h. das Vorkommen auch nur einer einzigen Temperatursteigerung über 38,2, auf 15—20% (i. e. nach Umrechnung 24—29% oder 71—76% fieberloser Wochenbetten. A.) der Wöchnerinnen vermindert muss werden.«

Diese auf einer Anzahl deutscher Entbindungsanstalten, in denen anerkanntermaßen mit peinlichster Sorgfalt vorgegangen wird, gewonnenen Resultate werden nun neuerdings in den Schatten gestellt durch die Erfolge, welche Schauta in Innsbruck erzielt hat. Es gelang Schauta[8] in den Jahren 1884 bis 1887 von 1415 Wöchnerinnen 1317 ganz fieberfrei zu erhalten, d. h. 93,1%. Keine dieser Wöchnerinnen hatte in der Zeit von der beendeten Geburt bis zum Tage ihres Austritts aus der Anstalt (in der Regel am 12. bis 14. Wochenbettstage) auch nur eine Fiebersteigerung über 38,0.

Ja, in den Monaten, in denen kein Unterricht stattfand, stieg

---

[1] Annal. de Gynécol. 1887. Juni. p. 445.
[2] Persönlich aus einer Anzahl der Protokolle des Jahres 1886 ausgezogen.
[3] Deutsche med. Wochenschrift 1887. No. 25.
[4] Handschin, Über Mortalität und Morbidität etc. Inaug.-Diss., Basel 1888.
[5] Zahn, Die puerperalen Todesfälle der Münchener Frauenklinik, 1883/87. Inaug.-Diss., München, 1887. p. 10.
[6] Berichte und Arbeiten. Bd. III. p. 123.
[7] Über den Modus dieser Umrechnung siehe meine »Berichte und Arbeiten«. Bd. III. p. 120 u. 121.
[8] Torggler, Bericht über die Thätigkeit der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik zu Innsbruck für die Zeit vom 1. Oktober 1881 bis 31. März 1887. Prag 1888.

die Zahl der fieberlosen Wochenbetten sogar auf 99,4. Von 288 in dieser Zeit entbundenen Frauen hatten nur 2 im Wochenbette eine Steigerung der Temperatur über 38,0 aufzuweisen.

Man hatte bisher allen Grund anzunehmen, die Abnahme der fieberhaften Wochenbetterkrankungen hinge mit einer immer genaueren Ausführung der antiseptischen Maßregeln zusammen. Vergleichen wir die Art der Desinfektion, wie sie in Innsbruck nach den Mittheilungen Torggler's zur Zeit der Schauta'schen Direktion geübt wurde mit der Art und Weise, wie an unserer Anstalt verfahren wird, so resultirt aus diesem Vergleiche, dass wir Alles, was Schauta für die Gebärende that, ebenfalls zur Ausführung bringen. Ja, wir sind in so fern noch penibler vorgegangen, indem wir, mit wenigen Ausnahmen, jeder Gebärenden ein warmes Vollbad gegeben und jede mit frischer weißer Wäsche versehen haben. Im Betreff der Art der Desinfektion des Untersuchenden haben wir auch noch ein Plus zu verzeichnen, indem jeder Praktikant einen frisch gewaschenen leinenen Rock während des Aufenthalts im Gebärzimmer anzuziehen hat.

Es wird mit allergrößter Strenge auf die subjektive Desinfektion geachtet und nur selten finden Untersuchungen der Praktikanten in Abwesenheit des diensthabenden Assistenten statt.

Somit bleiben mir die Ursachen für die große Differenz (1887: 73,9%:93,1%) in den Wochenbettsresultaten unerklärlich.

In dem Torggler'schen Berichte ist nicht gesagt, wie die Wochenbettpflege stattfindet; ob etwa im Wochenbette regelmäßig desinficirende Ausspülungen vorgenommen werden. In unserer Anstalt ist es Regel, die Wöchnerin nur äußerlich abzuspülen, die Schamtheile nicht aus einander zu ziehen und im ganzen Jahre kommen nur eine kleine Zahl von Fällen vor, in denen Scheidenausspülungen angeordnet werden. Gebärmutterausspülungen sind seit mehreren Jahren nicht zur Ausführung gekommen.

Fehling[9] hat, auf die großen Differenzen in den Resultaten der Morbiditätsstatistik hinweisend, annehmen zu müssen geglaubt, in den verschiedenen Anstalten wirkten noch verschiedene Ursachen, die durch die Antisepsis direkt nicht sofort beseitigt werden könnten, mit. Er führt aus, wie die Luft in dieser Beziehung nicht gleichgültig sei, wie die stärkere oder geringere Belegung der Räumlichkeiten Berücksichtigung verdiene.

Wollte man Fehling's Anschauung Recht geben, so würde die Marburger Anstalt in dieser Beziehung eher günstiger dastehen, als die Innsbrucker und doch ist das günstigere Resultat auf Seite der letzteren.

Hoffentlich wird es gelingen, die Ursachen dieser ganz auffälligen Unterschiede aufzufinden.

[9] Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII, Hft. 3.

II. Ein Fall von Verletzung der Genitalien eines kleinen Mädchens.

Von

Dr. Achilles Nordmann in Basel.

Die Kasuistik der Läsionen der weiblichen Genitalien außerhalb des Puerperiums ist eine ziemlich spärliche; am genauesten findet sich die dahin gehörige Litteratur zusammengestellt bei Zweifel (Krankheiten der äußeren weiblichen Genitalien. Deutsche Chirurgie 1885. Lief. 61) und bei Winckel (Frauenkrankheiten 1886). Gemeinsame charakteristische Merkmale sind diesen Verletzungen nur in geringem Maße eigen, höchstens in so fern als die Ätiologie, z. B. Fall auf eine Stuhllehne, Eindringen spitziger Heurupfer etc., eine ähnliche ist und als bei einer Anzahl derselben, wo die vorderen Partien der Vulva afficirt waren, auf die von der Zerreißung der Corpora cavernosa clitoridis herrührende, außergewöhnlich starke Hämorrhagie aufmerksam gemacht wird. Der folgende Fall dürfte, weil er von den bisher bekannten, wenig zahlreichen Beobachtungen einigermaßen abweicht, der Veröffentlichung werth erscheinen.

F. F., 9 Jahre alt, Wagnerstochter, machte sich am 30. August d. J. mit einem in der Werkstatt ihres Vaters stehenden, zweirädrigen Handwagen zu schaffen, der an seinem vorderen Ende neben den zum Vorwärtsstoßen dienenden, zwei seitlichen Stangen, außerdem, der sicherern Feststellung wegen, mit einem in der Mitte des Wagenkörpers befindlichen eisernen Fuße versehen war. Das Kind ließ sich an den beiden Seitenstangen, bei sich senkendem hinteren Wagentheil, in die Höhe heben, verlor hierbei das Gleichgewicht, stürzte und zwar gerade so, dass der genannte eiserne Theil, der an einzelnen Stellen schärfere Kanten besaß, ihm zwischen die Beine gerieth. Sofort verspürte es einen heftigen Schmerz in der Genitalgegend und fing an stark zu bluten.

Nach meiner bald nachher erfolgten Ankunft zeigte sich, dass die zwei hinteren Drittel der linken großen Labie zusammen mit der Fossa navicularis einen mit z. Th. geronnenem Blut gefüllten Hohlraum darstellten, welcher, nach oben an die äußere Fläche des Hymens angrenzend, nach hinten sich in einen etwa $1\frac{1}{2}$ cm langen Medianriss des Perineums fortsetzte, somit bei einem 9jährigen Kind bis nahe an den vorderen Rand der Analöffnung reichte. Die Innenfläche der linken großen Labie war in der beschriebenen Ausdehnung ihres Epithelüberzugs gänzlich beraubt und mit reichlichen, stark sugillirten, z. Th. nekrotischen Gewebsfetzen bedeckt. Ähnlich war der Befund in der Fossa navicularis und auch die Ränder des Dammrisses erschienen stark gequetscht. Besonders die nach hinten und oben gegen den Hymen zu und links von der Fossa navicularis gelegenen Theile waren der Sitz einer starken, parenchymatösen Hämorrhagie. Die vorderen und die rechts gelegenen Abschnitte der Vulva, die Nymphen, der Hymen selbst und die darüberliegenden Theile erwiesen sich als völlig intakt.

Da sich in dem stark gequetschten Gewebe nicht bestimmen ließ, was noch lebensfähig sei oder nicht, wurde von einer primären Vereinigung abgesehen, sondern die Wunde nur gründlich desinficirt und mit Jodoformgaze ausgestopft. Nach 24 Stunden wurde letztere und mit ihr die deutlich nekrotischen Theile entfernt, die Wände der Wundhöhle geglättet und diese abermals mit dem gleichen Material tamponirt. Erst am 4. Tage, nachdem man deutlich konstatiren konnte, dass die zurückgelassenen Gewebstheile sich gänzlich erholt hatten, und nachdem auch die bläuliche Verfärbung der Wundränder des Dammes geschwunden war, wurde zur sekundären Naht der Wunde der Fossa navicularis, so wie des Perineums geschritten. Die Vereinigung erfolgte daraufhin per primam. Der Defekt auf der Innenfläche der großen Labie heilte per granulationem. 12 Tage nach der Verletzung war das Kind wieder völlig hergestellt. Die Dammlänge betrug jetzt 2 cm, somit 0,3 cm mehr als Hennig (Krankheiten der weiblichen Sexualorgane in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. IV, 3. 1878) bei einer größeren Anzahl 9jähriger Mädchen im Durchschnitt gefunden hat.

Bei dem beschriebenen Fall handelt es sich im Gegensatz zu den anderweitig publicirten, in welchen die Umgebung der Clitoris verletzt war, um eine Läsion der hinteren Partien der Vulva; in jenen Beobachtungen war die Quelle der starken Hämorrhagie in der Verletzung des Kitzlers zu suchen, hier stammte sie zum größeren Theile aus dem Corpus cavernosum uretrae, das in seinem Anfangstheil in der Nähe der hinteren Kommissur, etwas unterhalb des Hymens zerrissen worden war. (Siehe die anatomische Lage dieses Organs bei Henle: Anatomie II. p. 439. 1866.)

Die sekundäre Naht erschien hier hauptsächlich desshalb indicirt, weil in der frischen Wunde das Abgestorbene von dem Erhaltenen sich nicht sicher unterscheiden ließ und weil bei der Kleinheit der Theile mit der Entfernung von allfällig noch zu errettenden Partien sparsam umgegangen werden musste.

---

1) **P. Fürbringer** (Berlin). Zur Kenntnis der Impotentia generandi.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 28.)

Die Sterilität des Mannes kann, von der Impotenz im engeren Sinne abgesehen, bedingt sein 1) durch Azoospermie, eine der häufigsten, und 2) durch den Aspermatismus, eine der seltenen Grundlagen der Impotentia generandi. Bei der ersteren besteht Potentia ejaculandi und in der Regel auch Potentia coëundi.

Alle in F.'s Beobachtung gekommene Fälle waren absolute und permanente Azoospermien, deren Ätiologie mit wenigen Ausnahmen in einer Obliteration der Samenwege gegeben war. Diese beruhte in dem Gros der Fälle auf Epididymitis oder Funiculitis gonorrhoica duplex. F. steht nicht an zu behaupten, dass, wo wir eine dieser Erkrankungen beobachten, der Träger derselben mit einer Wahrscheinlichkeit von 9:1 Azoospermiker wird. Die Prognose ist nach seiner Erfahrung eine pessima, wenn die Azoospermie erst $^1/_4$ Jahr gewährt hat, beziehungsweise $^1/_4$ Jahr nach Auftreten der Epididymitis und Funiculitis konstatirt worden ist.

Eine Therapie existirt so gut wie gar nicht. Der Hauptwerth der Behandlung liegt in einer richtigen Diagnose.

Beim Aspermatismus wird Sperma überhaupt nicht nach außen entleert, meist in Folge von Verlegung des Ductus ejaculat. oder derartiger Verlagerung, dass sie nach der Blase zu deviiren oder schließlich durch Entleerungshemmnisse in dem peripheren Theil der Harnröhre selbst.

Das Kapitel der Sterilität des Mannes ist gerade für die Gynäkologen von größter Wichtigkeit und verdient daher von ihrer Seite mehr Beachtung, als es im Großen und Ganzen der Fall ist. Auch F. erwähnt in seinem Vortrag wieder, dass in vielen Fällen von Azoospermie des Mannes die arme Frau von Arzt zu Arzt, von Klinik zu Klinik geschleppt, am Orificium herumgeschnitten und gekratzt worden war, bis ein einziger Blick ins Mikroskop zeigte, dass zum Kindersegen weiter nichts gefehlt, als das Spermatozoon.

Graefe (Halle a/S.).

---

2) **Zweifel** (Leipzig). Über Perineoplastik.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 31.)

Der vorliegende Aufsatz ist im Wesentlichen eine Wiedergabe des vom Verf. auf dem 2. Gynäkologenkongress gehaltenen Vortrages, über welchen sich ein ausführliches Referat in No. 26 dieses Blattes findet. Auf dieses kann daher verwiesen werden. Es sei nur auf die der Wiedergabe in der Deutschen med. Wochenschrift beigefügte Originalzeichnung Lawson Tait's, dessen Methode Z. befolgt, aufmerksam gemacht, da sie das Verständnis der Beschreibung wesentlich erleichtert. Dieselbe findet sich auch in Sänger's klinischem Vortrag (R. v. Volkmann No. 301) über Perineorrhaphie durch Spaltung des Septum recto-vaginale und Lappenbildung. Er aber übt eine inzwischen von Tait selbst angegebene Modifikation seines früheren Verfahrens (cf. Centralbl. 1887 No. 41), welche er für leichter verständlich und schneller ausführbar erklärt.

Die Methode, welche Z. für die Operation des inkompleten Dammrisses empfiehlt, ist schon früher von A. R. Simpson angegeben worden. Auch sie findet sich in dem oben citirten Referat beschrieben. Abweichend von Simpson verfährt Z. nur in so fern, als er die Knopfnähte durch eine fortlaufende Juniperuskatgutnaht ersetzt hat.

Graefe (Halle a/S.).

---

3) **F. Falk.** Über die verschiedenen Lebensproben bei Neugeborenen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 22 und 23.)

F. schließt seinen Vortrag mit dem Satz, dass, »so werthvoll alle Versuche sind, die es ermöglichen sollen, noch andere Organe mit in den Kreis der Betrachtung zu ziehen, die Lungenprobe, sorgfältig ausgeführt und gehörig in ihren Ergebnissen abgewogen, doch immer das Hauptrüstzeug für den Gerichtsarzt bleibt,« wenn es sich um Entscheidung der Frage handelt, ob ein Kind nach der Geburt gelebt hat.

Werthlos ist die Ohrenprobe (Wendt und Wreden). In der Trommelhöhle von Föten findet sich ein mehr oder minder dichtes Schleimpolster, welches nach der Geburt und Eintritt der Athembewegungen verschwindet. Es schwindet oft aber erst nach stunden-, selbst tagelangem Leben des Kindes. Da aber die Kinder, welche auf den gerichtlichen Leichentisch kommen, meist nur ein sehr kurzes, extra-uterines Leben geführt haben, so kann dieser Probe praktisch-forensisch kein Werth zugesprochen werden. Genau dasselbe gilt von der Nierenprobe. Es ist bekannt, dass sich in den Nieren lebend geborener Kinder ein Harnsäureinfarkt findet. Abgesehen davon, dass derselbe, wenn auch selten, bei todtgeborenen Kindern vorkommt, so ist auch er nicht zu verwerthen, da er frühestens nach einer 2stündigen, meist aber erst nach eintägiger

Lebensdauer entsteht. Bemerkt muss aber werden, dass der Harnsäureinfarkt, wenn einmal vorhanden, selbst der Fäulnis Stand hält.

Von viel größerer Wichtigkeit, wie die beiden vorigen, ist die Breslau'sche Magendarmschwimmprobe. Sie beruht auf der richtigen Annahme, dass bei einem lebenden Kind durch Schlucken und Athmen Luft in den Verdauungstractus dringt. Eingeschränkt wird sie wieder durch die Fäulnis, durch welche Magen und Darm auch schwimmfähig werden können, da sie vielfach mit Entwicklung von freiem Gas einhergeht. Bei genauerem Hinsehen wird man sich aber oft überzeugen, dass die Gasentwicklung in den Wänden des Magens und Darmes stattgefunden hat. Sticht man diese Gasblasen an, so sinkt der Magen unter oder er schwimmt bei innerer Luftfüllung weiter. Doch bleibt auch bei dieser Probe zu berücksichtigen, dass die Luftanfüllung des Magens und Darmes immerhin einige Zeit beansprucht, die Neugeborenen oft aber sehr bald nach der Geburt in den fraglichen Fällen getödtet werden.

Bei der Lungenprobe kommt wieder die Schwimmfähigkeit des Organs, ferner die Farbe desselben in Betracht. Hat das Kind gelebt und geathmet, so schwimmt die Lunge; sie zeigt eine hellrosenrothe Färbung, während die eines todtgeborenen eine gleichmäßige, leberähnliche aufweist. Zu berücksichtigen ist, dass Kinder schon intra-uterin Athembewegungen machen und Luft in die Lungen einziehen können. Doch ist hier die Luftanfüllung meist nur eine spärliche. Im Allgemeinen kann man sagen, dass, sind frische Lungen ganz oder fast ganz mit Luft ausgefüllt, die Luftanfüllung erst extrauterin eingetreten ist. Schon 1—2 Athemzüge scheinen hierzu auszureichen.

Weiter bedarf es der Beachtung, dass Schwimmfähigkeit der Lungen wieder Folge von Fäulnis sein kann. Zunächst bilden sich subpleural Gasblasen. Sie lassen sich anstechen. Die Lungen sinken dann unter. Allmählich aber können die Gasblasen die Lunge derart durchwachsen, dass ihre Beseitigung nicht mehr möglich, in Folge dessen aus ihrer Schwimmfähigkeit kein Schluss zu ziehen ist. Hier bleibt die Farbe immer noch ein wichtiges Kriterium. Obgleich sie etwas grün wird, ist sie doch bei einem Kind, welches gelebt hat, noch wesentlich verschieden von der eines todtgeborenen.

Ist das Ergebnis der Lungenschwimmprobe ein negatives, so ist noch nicht mit Sicherheit zu sagen, das Kind hätte nicht gelebt. Zunächst kann es in tiefster Asphyxie geboren sein; der Herzschlag aber war vorhanden. Ferner können große, abdominale Geschwülste das Herabtreten des Zwerchfelles und somit das Athmen unmöglich machen. Eine viel häufigere Veranlassung der Nichterfüllung der Lungen ist der Umstand, dass Flüssigkeit in den Luftwegen ist. Nicht selten werden uneheliche Kinder nicht in Luft, sondern Flüssigkeit geboren. Die Mütter halten die Presswehen für Stuhldrang, setzen sich über ein Gefäß. Der Kopf des Kindes geräth dann in Unrathflüssigkeit. Hier kann man aber gerade aus dem

Flüssigkeitsnachweis in den Lungen schließen, dass das Kind gelebt, obwohl die Lunge luftleer ist. Letzteres ist ferner der Fall bei einigen pathologischen Processen in der Lunge, speciell pneumonischen, relativ häufig auch in Folge weißer Hepatisation.

Sehr merkwürdig sind jene Fälle, in welchen die Kinder notorisch nach der Geburt, ev. stundenlang gelebt haben und die Lungen post mortem doch luftleer sind. Die richtige Erklärung hat Unger in Bonn gegeben, dahin lautend, dass die Luft resorbirt ist. Es ist dies möglich, so lange der Kreislauf bei allmählich erlahmender Respiration besteht.

Trotz aller dieser Einwände, welche sehr wohl der Berücksichtigung bedürfen, bleibt die Lungenprobe die sicherste.

Graefe (Halle a/S.).

Kasuistik.

4) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 13. Juli 1888.

Vorsitzender: Herr Jaquet, Schriftführer: A. Martin.

Entsprechend dem Antrag des Vorstandes beschließt die Gesellschaft, Herrn Litzmann zu seinem 50jährigen Doktorjubiläum ein Glückwunschtelegramm zu senden.

Herr Veit macht auf die Ausstellung von Instrumenten und Apparaten in Köln, bei Gelegenheit der Naturforscher-Versammlung, aufmerksam.

I. Demonstration von Präparaten:

a) Herr Keller: Vorliegender Tumor ist ein Teratoma enchondromatodes. Er stammt von einer 20jährigen Nullipara. Die Anamnese ergab, dass die Pat. zuerst Neujahr dieses Jahres eine Anschwellung ihres Abdomens bemerkte. Vorher war sie stets gesund gewesen. Ihre Menses traten zuerst mit 17 Jahren ein, waren stets regelmäßig, schmerzlos und dauerten 4 Tage. Das Wachsthum des Tumors war Anfangs ein sehr langsames, in den letzten Wochen rasch. Hier traten dann auch starke subjektive Beschwerden, wie Kurzathmigkeit, Magenbeschwerden, Kreuzschmerzen auf. Der Status praesens der Pat. bei der Aufnahme am 7. Juli 1888 war folgender. Starker Ascites, geringe Anasarca der Bauchdecken und Ödeme der Füße. In der rechten Hälfte des Abdomens ein mannskopfgroßer, leicht beweglicher, ballotirender Tumor von unregelmäßiger Gestalt und fester Konsistenz. Er ragt mit einem Segment in den Douglas, welches per rectum als ein hühnereigroßer gering beweglicher, solider Tumor zu fühlen ist. Uterus und Anhänge nicht palpabel. Die Sonde weicht nach links ab (5,5 cm). Portio sieht nach rechts. Am 11. Juli wird die Ovariotomie vorgenommen. Hierbei entleeren sich 6 Liter klarer, wässriger, gelblicher Flüssigkeit aus dem Abdomen. Der Tumor geht vom rechten Ovarium aus und ist deutlich gestielt. Das linke Ovarium ist gesund.

Das Gewicht des Tumors beträgt 2800 g. Seine Größe entspricht derjenigen eines schwangeren Uterus im 8. Monat. Die Verhältnisse des Stieles entsprechen denjenigen der intraperitoneal entwickelten Kystomen. In der Verlängerung der Fimbria ovarica ist noch ein deutlicher Rest des Ovariums vorhanden von der Größe eines Pflaumenkernes. Die Oberfläche des Tumors zeigt an einzelnen Stellen circumscripte cystische Hervorragungen, auf deren Höhe die Wandung verdünnt einen grauweißen Inhalt durchschimmern lässt. Die Mehrzahl derselben hat die Größe einer Haselnuss, nur eine diejenige einer Mannesfaust. Sonst ist die Oberfläche glatt, von sehnigweißer Farbe. Zahlreiche, ziemlich breite Gefäße schimmern

durch. Die Konsistenz des Tumors an obigen cystischen Hervorragungen fluktuirend, sonst solid.

. Der Tumor ist umgeben von einer derben, fibrösen, deutlich zweischichtigen Kapsel, zwischen beiden Blättern verlaufen in lockeres Bindegewebe eingebettet die Gefäße. Das innere Blatt lässt sich nicht ohne Verletzung des Tumors von ihm ablösen. Der Tumor selbst schneidet sich sehr schwer in Folge reichlicher Einlagerung kleiner Knochen und Knorpelherde. Auf der Schnittfläche erscheint er makroskopisch größtentheils von solider Konsistenz. Die obige faustgroße Cyste und drei andere haselnussgroße liegen in der Schnittfläche. Jede ist bis auf Dreiviertel ihrer Höhle ausgefüllt durch einen ihrer Innenwandung polypenartig entspringenden Knoten, der makroskopisch dasselbe Aussehen besitzt, wie der übrige solide Theil des Tumors. Der Inhalt der Cysten ist dickflüssig, von milchigem Aussehen. Mikroskopisch enthält er reichlich freie Fettkörnchen, Fettkörnchenzellen und Plattenepithelien. Der solide Theil der Schnittfläche bietet uns ein verworrenes Durcheinander der verschiedensten Farben. Die Hauptmasse erscheint als ein Gemisch gelber und rother, bald mehr graurother, bald mehr weißlichrother Herde von unregelmäßiger Form und undeutlicher, verwaschener Begrenzung. Die Größe der Herde entspricht meist derjenigen eines Hirsekornes und übersteigt nicht diejenige eines Gerstenkornes. Die Konsistenz ist weich und stimmt ungefähr mit derjenigen des Granulationsgewebes überein. In dieses Grundgewebe sind unregelmäßig eingestreut zahllose Herde derselben Größe von bläulichweißer Farbe, durchscheinendem Aussehen und harter Konsistenz. Sie sind circumscript und erwiesen sich mikroskopisch bestehend aus jugendlichem Knorpelgewebe. Weniger zahlreich sind opak weiße, rundliche oder längliche, circumscripte Herde knochenharter Konsistenz, deren mikroskopische Untersuchung ergab, dass sie aus jugendlichem Knochengewebe bestanden. Außerdem finden wir noch auf der Schnittfläche von der peripheren Kapsel in die Geschwulst hineinziehende fibröse Septen, welche sich reichlich verästeln, anastomosiren und so die Geschwulst in kleinere oder größere Abtheilungen zerlegen.

Mikroskopisch lässt die Struktur des soliden Theiles der Geschwulst ein der Bindesubstanzgruppe angehörendes Grundgewebe und in dieses eingelagert als Repräsentanten des Epithelgewebes mit Epithel ausgekleidete Cysten und Drüsen erkennen. Das Grundgewebe bietet uns ein Gemisch der verschiedenen Arten der Bindesubstanzen dar. Wir finden hier Bindegewebe, welches man aber wegen seines Reichthums an verschieden gestalteten Zellen gegenüber der in den Hintergrund tretenden Grundsubstanz als ein jugendliches, dem Sarkomgewebe ähnliches bezeichnen muss, daneben Fettgewebe, Knorpel- und Knochengewebe. Ersteres tritt besonders reichlich in den auf der Schnittfläche röthlich erscheinenden Herden auf, welche daneben aber noch mikroskopisch nachweisbare Züge und Herde von Fettgewebe enthalten. Beide Gewebsarten treten auch in den gelben Herden auf, nur dass das Fettgewebe hier in den Vordergrund tritt. Der Übergang zwischen beiden ist an einigen Stellen sehr allmählich, an anderen ziemlich plötzlich. Die rundlichen circumscripten Herde des Knorpelgewebes sind in der größten Mehrzahl nur mikroskopisch sichtbar. Ein sehr geringer Theil ist im Vergleich zu ihrer Gesammtzahl schon makroskopisch zu erkennen. Das Gleiche ist von den Knochenherden zu sagen. Auch handelt es sich allenthalben um jugendliches Knorpel-, resp. Knochengewebe. In dieses so mannigfach gestaltete Grundgewebe sind eingelagert zahllose Cysten und Drüsen. Die Cysten lassen sich zum Theil in dünnen Schnitten schon makroskopisch als stecknadelkopfgroße Höhlen erkennen, die meisten aber sind nur mikroskopisch sichtbar. Einige von ihnen besitzen an ihrer Innenfläche eine gleichmäßige Auskleidung von geschichtetem Plattenepithel. In anderen finden wir hier geschichtetes Platten- und Cylinderepithel, welche beiden Arten allmählich in einander übergehen. In der Umgebung dieser Cysten liegen quer- oder längsgetroffene Schweißdrüsen, Haarbälge mit Haaren und Talgdrüsen, deren Mündung nach dem Inneren der Cyste gerichtet ist. Wieder andere Cysten sind in toto ausgekleidet mit einfachem oder geschichtetem Cylinderepithel. Ihre Umgebung ist frei von Schweißdrüsen etc. Nach außen von dem

Epithel folgt zunächst eine Schicht zellreichen Bindegewebes bestehend aus parallel angeordneten, koncentrisch geschichteten Spindelzellen. Ihre Abgrenzung gegen das Epithel ist glatt. Papillen, ähnlich den Hautpapillen, sind nicht vorhanden. Bei den nur mit Cylinderepithel ausgekleideten Cysten hebt sich diese Schicht als eine Art Kapsel scharf gegen das interstitielle Gewebe ab; bei den übrigen dagegen gehen beide allmählich in einander über.

Von Nervengewebe und quergestreiften Muskelfasern habe ich nichts gefunden, wohl aber von glatten Muskelfasern. Sie treten in schmalen meist kurzen Zügen in der Nähe der mit Plattenepithel ausgekleideten Cysten auf.

An Blutgefäßen ist das Grundgewebe sehr reich. Ihr Lumen ist weit, ihre Wandung dünn, besteht meist nur aus einem Endothelrohr. Daneben durchsetzen stark erweiterte mit Rundzellen vollgepfropfte Lymphspalten das Grundgewebe.

Dieselbe Zusammensetzung, wie der solide Theil der Geschwulst besaßen auch obige polypenartige Wucherungen der Cysten. Die Cysten selbst sind ausgekleidet mit geschichtetem Plattenepithel. Nach dieser mikroskopischen Zusammensetzung müssen wir den Tumor für eine Mischgeschwulst (Teratom) erklären, welche sich vor allen anderen ähnlichen Geschwülsten aber auszeichnet durch den reichlichen Gehalt an einerseits jugendlichem, dem Sarkomgewebe ähnlichen, zellreichen Bindegewebe, andererseits an disseminirten kleinen Herden jugendlichen Knorpelgewebes. Um diese Sonderstellung des Tumors anzudeuten, habe ich ihm das Epitheton »enchondromatosum« beigelegt.

In der Litteratur fand ich bis jetzt nur zwei ähnliche Fälle beschrieben. Der eine ist im Anfang dieses Jahres aus dem pathologisch-klinischen Institut zu Glasgow von Beatson und Coats beschrieben. Den anderen von Marchand geschilderten erwähnt auch Olshausen in seinem Werke über die Krankheiten der Ovarien.

b) Herr Orthmann demonstrirt einen Fall von Pyosalpinx tuberculosa duplex.

Das Präparat stammt von einer 32 Jahre alten Frau, welche seit einiger Zeit über Schmerzen im Unterleib und Auftreten von harten Knoten in demselben klagte; außerdem bestand Fluor. Menses seit dem 16. Jahre regelmäßig, alle 4 Wochen, von 3—4tägiger Dauer, mäßig stark und ohne Schmerzen; letzte Menses Ende Mai. Pat. ist seit 13 Jahren verheirathet; keine Geburt, kein Abort. Pat. wurde am 22. Juni in die A. Martin'sche Anstalt aufgenommen. Bei der Untersuchung der mittelgroßen, kräftigen und gesund aussehenden Frau finden sich zu beiden Seiten des kleinen, anteflektirt liegenden Corpus uteri zwei harte, wenig empfindliche, frei bewegliche Tumoren, welche mit dem Uterus in Verbindung zu stehen scheinen. In Folge der großen Härte der Tumoren wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Myomata uteri subserosa gestellt.

23. Juni 1888 Laparotomie: Ovario-Salpingotomia duplex; Amputatio uteri supravaginalis. Nach Eröffnung der Bauchhöhle werden die mit zahlreichen kleinen Knötchen bedeckten Därme eventrirt; zunächst wird der links und hinter dem Uterus gelegene stark faustgroße Tumor hervorgeholt; derselbe geht von den linken Adnexen aus; bei der Punktion mit dem Potain'schen Apparat entleert sich eine Menge Eiter. Beim Versuch, den Tumor nach möglichster Lösung vom Uterus abzubinden, entleert sich aus dem Stichkanal ebenfalls Eiter; in Folge dessen wird zunächst auch der rechts vom Uterus gelegene Tumor hervorgehoben, wobei derselbe platzt und eine ziemliche Menge Eiter entleert. Hierauf wird der Uteruskörper von beiden Seiten mit je einer Kugelzange gefasst und beide Tumoren in Verbindung mit dem Uterus, letzterer etwa in der Mitte, abgetragen. Der Uterusstumpf wird mit Katgut vernäht; Drainage des Douglas nach der Scheide; Reinigung der Bauchhöhle und Schluss derselben. Dauer der Operation: 44 Minuten.

Die Rekonvalescenz war leicht fieberhaft; Pat. wurde am 17. Juli geheilt entlassen.

Das Präparat besteht aus zwei über faustgroßen, mit dem Uterusstumpf noch in Verbindung stehenden Tubensäcken; dieselben verhalten sich beiderseits fast vollkommen symmetrisch; dicht hinter dem Ostium uterinum erweitern sich die Tuben zunächst zu einer etwa pflaumengroßen Höhle, um sich dann wieder zu

verengen und in stark gewundenem Verlauf schließlich allmählich in einen gut faustgroßen Eitersack überzugehen, dessen Wandungen ca. 0,5—1,0 cm dick und auf der Oberfläche mit zahlreichen kleinen Knötchen bedeckt sind. Die Vermuthung, dass es sich um Tubentuberkulose handelte, wurde durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt; die Tubenschleimhaut war hochgradig infiltrirt, ihres Oberflächenepithels fast vollkommen verlustig gegangen und zeigte im Inneren zahlreiche Tuberkelherde mit Riesenzellenbildung und theilweiser centraler Verkäsung; es ließen sich sowohl in den Riesenzellen, wie auch in dem infiltrirten Gewebe, namentlich am Rande der verkästen Stellen Tuberkelbacillen nachweisen.

II. Herr Saurenhaus hält den angekündigten Vortrag: Das Verhalten des Endometrium bei Portio- und Cervixcarcinom.

S. hat 50 Uteri, welche wegen Carcinom durch die Totalexstirpation entfernt waren, auf das Verhalten der Körperschleimhaut untersucht.

31mal war die Operation wegen Carcinoma cervicis, 19mal wegen Carcinoma portionis vaginalis vorgenommen. In 6 Fällen fanden sich außerdem mehr oder weniger große Myome im Uteruskörper, 2mal war Pyometra vorhanden gewesen. Es fanden sich bei der Untersuchung der Körperschleimhaut die verschiedensten Formen einer gutartigen Endometritis.

S. muss nach seinen Untersuchungen die von Abel gefundene sarkomatöse Entartung der Körperschleimhaut bei Portio oder Cervixcarcinom entschieden bestreiten und erklärt die gefundenen Veränderungen für durchaus gutartig.

(Der Vortrag wird in extenso in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie erscheinen.)

Herr Theodor Landau: In allen mikroskopischen Arbeiten, welche das Carcin. uter. betreffen, und welche die wissenschaftliche Grundlage für die Entscheidung der Frage abgeben, ob man total exstirpiren soll oder nur die Portio hoch amputiren, findet sich über das Verhalten der Corpusschleimhaut nichts oder nichts Präcises angegeben. Es ist darum meinem Freunde Karl Abel als ganz besonderes Verdienst anzurechnen, dass er, nachdem die Diskussion über dieses Thema schon geschlossen war, eigentlich bevor sie begonnen wurde, zuerst auch auf diesen Theil des Organs sein Augenmerk richtete und schwere Veränderungen fand, beschrieb und abbildete. Die Arbeit hat durch die Untersuchungen von Eckardt (Halle) und eben sowohl durch den Herrn Vortr. in diesem Hinblick vollständig Bestätigung erfahren: alle Untersuchungen konstatirten, dass bei Carcinom der Portio die Gebärmutterschleimhaut schwere Veränderungen erfährt. Nur in einem, allerdings sehr wesentlichen Punkte glaube ich eine ganz erhebliche Differenz wahrgenommen zu haben. Der Herr Vortr. hat neben den Veränderungen, wie sie Abel beschreibt, immer gleichzeitig Zeichen der Entzündung wahrnehmen können, während Abel's Befunde die Charakteristica nicht der entzündlichen Neubildung, sondern der genuinen Neubildung an sich tragen. Ich bin aber der Ansicht, dass wir nur dann das Recht haben, von chronischer Entzündung zu sprechen, wenn wir wirklich progressive und regressive Vorgänge nachweisen können. Im Übrigen hat Abel zudem gar nicht den Hauptnachdruck auf die Bezeichnung Sarkom gelegt, er bemerkt vielmehr am Schluss seiner Arbeit ausdrücklich: »Es kam hier nur darauf an, festzustellen, dass bei beginnender carcinomatöser Erkrankung der Portio die Körperschleimhaut schwere Veränderungen erleidet.« Man kann nun, meines Erachtens, so bestimmt auch die Angaben über das »beginnende Carcinom der Muc. uteri« lauten, nicht mit Bestimmtheit den Gedanken ablehnen, dass es sich bei der von Abel zuerst beschriebenen Neubildung der Körperschleimhaut um eine Entstehungsform des Krebses handelt. Man wird um so eher daran glauben können, wenn man an die von Schauta und vielen Anderen aufgefundene Thatsache erinnert, dass bei Carcinom der Portio isolirt Carcinom im Corpus sich nachweisen ließ. Darum wird man beim Carcinom der Portio die Totalexstirpation nicht nur aus allgemein chirurgischen, sondern auch aus pathologisch-anatomischen Gründen nicht umgehen dürfen.

Herr Orthmann kann nach seinen Untersuchungen, die sich allerdings nur

auf 10 Fälle erstrecken, im Allgemeinen den Ausführungen des Herrn Saurenhaus nur beistimmen. Die 10 Fälle betrafen Frauen, welche zwischen dem 33. und 50. Lebensjahre standen; 8 Frauen befanden sich zwischen dem 33. und 43. Jahre und menstruirten noch; 2 von 48 und 50 Jahren befanden sich in der Menopause; alle hatten geboren (1—7mal). In 6 Fällen handelte es sich um ein reines Carcinoma portionis, in 2 um ein Carcinoma cervicis und in 2 um Carcinoma portionis et cervicis.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der Corpusschleimhaut in diesen Fällen fand sich nun in den beiden Fällen, welche von den bereits klimakterischen Frauen stammten, eine sehr starke Atrophie der Schleimhaut; dieselbe hatte eine Dicke von nur 0,05—0,1 cm. Die Atrophie betraf Drüsen und interstitielles Gewebe in gleicher Weise; anderweitige Schleimhautveränderungen waren nicht nachzuweisen. In den übrigen 8 Fällen bestand eine mehr oder weniger starke Hypertrophie der Schleimhaut; dieselbe hatte — in gehärtetem Zustande — in 4 Fällen eine Dicke von 0,3—0,4 cm und in den 4 anderen eine Dicke von 0,4—0,5 cm. In 2 Fällen ließ sich eine ausgesprochene Endometritis glandularis mit starker Vermehrung und Erweiterung der Drüsen nachweisen, während das interstitielle Gewebe außerordentlich schmal und arm an Zellen war; 2mal waren Drüsen und interstitielles Gewebe in gleicher Weise hypertrophirt und in 4 Fällen bestand eine vorwiegende Hyperplasie des interstitiellen Gewebes. Namentlich in diesen letzten Fällen war das interstitielle Gewebe reich an Rundzellen von verschiedener Größe, zwischen denen sich hin und wieder auch Züge von Spindelzellen hinzogen. Diese Zellen kamen jedoch nirgendwo in besonders auffallender Anzahl und Anordnung vor, so dass sie etwa das Drüsengewebe komprimirt oder gar zum Schwunde gebracht hätten; die Drüsen waren vielmehr in allen Fällen ganz gleichmäßig innerhalb des interstitiellen Gewebes vertheilt, sei es nun, dass dieselben vermehrt oder vermindert waren. Wenn ein Portio- oder Cervixcarcinom überhaupt mit etwaigen gleichzeitig bestehenden Veränderungen der Uterusschleimhaut in einem ursächlichen Zusammenhang steht, so handelt es sich bei diesen Schleimhautveränderungen meiner Ansicht nach nur um die gewöhnlichen Folgezustände einer chronischen Entzündung.

Herr L. Landau: Im Gegensatz zu den Untersuchungen des Herrn Vortr. und des Herrn Ruge war die Zahl der von Herrn Abel untersuchten Uteri allerdings eine relativ geringe. Indessen möchte ich doch besonders betonen, dass die Untersuchung gerade dieser Präparate mit der außerordentlichsten Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit vollzogen worden ist, und dass schon der Umstand, dass immer positive Resultate gefunden wurden, hinlänglich die Publikation der auch principiell wichtigen Arbeit rechtfertigt. Es ist ja auch sowohl vom Herrn Vortr. hier als auch in Halle, bei Gelegenheit der Gynäkologenversammlung, anerkannt worden, dass entgegen den bisherigen Angaben des Herrn Ruge, die Körperschleimhaut verändert und, wie wir glauben, schwer verändert ist. Wenn von Herrn Ruge, dessen vortreffliche Untersuchungen wir durchaus anerkennen, bisher eine derartige Komplikation des Portiokrebses noch nicht gesehen war, so liegt vielleicht der Grund hierfür darin, dass ihm bei der principiellen Schonung des Uteruskörpers bei Portiokrebs von Seiten Schröder's nicht das genügende Material in dieser Richtung zu Gebote stand. Dass aber im Übrigen die Befunde an der Körperschleimhaut, welche hier demonstrirt sind, in so weit ich dies bei den schwachen Vergrößerungen sehen konnte, wenn gleich sie auch so schon verändert erscheinen, von den unsrigen abweichen, erklärt sich möglicherweise dadurch, dass die von mir exstirpirten und Herrn Abel zur Untersuchung überlassenen Uteri fast ausschließlich von jugendlichen Individuen im Alter von 20—30 Jahren entnommen sind, während die ausliegenden Präparate von Individuen von 39—55 Jahren stammen. Vielleicht hat die im klimakterischen Alter eintretende physiologische Involution des Uteruskörpers, Schwund der Lymphgefäße etc., einen wesentlichen Einfluss auf die Art der Veränderungen im Corpus. Schließlich kann ich mittheilen, dass die Untersuchung zehn weiterer von mir exstirpirter carcinomatöser Uteri von Seiten des Herrn Abel ein dem ersten durchaus konformes Resultat ergeben hat. Die Durchmusterung

zahlreicher Schnitte zeigt wiederum in einigen Fällen als wesentliches Merkmal keine chronische Entzündung, sondern Neubildung, welche alle anatomischen Charaktere des Sarkoms hat.

Herr Olshausen betont, dass für die Deutung der streitigen Befunde der klinischen Erfahrung besonderes Gewicht beizulegen ist. Diese lehrt aber, dass bei Carcinom der Portio und des Collum Corpuscarcinom sehr selten sei. Weiterhin ist in der Litteratnr noch kein Fall von Sarkom des Corpus bei Collumcarcinom verzeichnet.

Herr J. Veit: Bei der Arbeit, in der Ruge und ich die Anatomie des Krebses am Uterus untersuchten, kam es uns, wie auch Abel in seiner Mittheilung im Arch. f. Gynäk. (Bd. XXXII, p. 272) richtig bemerkt, wesentlich darauf an, die Entstehung der Erkrankung und ihre beginnenden Formen zu charakterisiren. In dem Sinne, dass krebsige Veränderungen im Uteruskörper und im Cervicalkanal bei Portiocarcinom nicht vorkommen, haben wir die beiden ersten Stellen als hier nicht afficirt geschildert; das fehlende Wort krebsig ergiebt dem Unbefangenen der Zusammenhang. Das Material, auf das wir diese negative Erkennntnis gründeten, haben wir nicht ausführlich geschildert; Abel bedauert dies eben so wie die Kürze unserer Angaben, dass bei einem Fall von Carcinom des Cervix das Endometrium eine isolirt beginnende Erkrankung zeigt. Der Zweck unserer damaligen Arbeit rechtfertigt die Kürze nicht eben so, wie ich wohl in dieser Überzeugung nicht Unrecht gethan habe, wenn ich jetzt eine Nachuntersuchung der Abel'schen Angaben auf Grund der früheren Arbeit unterließ. Ich freue mich, dass in der richtigen Deutung der mikroskopischen Befunde, die wir auch aus dem gehörten Vortrag entnehmen, eine Bestätigung unserer früheren Resultate liegt.

Aus den Erfahrungen an Krebskranken möchte ich mir aber erlauben, 2 Fälle kurz zu erwähnen. Im ersten Fall handelte es sich um eine 36 Jahre alte Virgo, deren ältere Schwester mich wegen Krebs, der sich als nicht mehr radikal exstirpirbar zeigte, konsultirte. Sie drang wegen starken Ausflusses auf eine Untersuchung und hier fand sich eine verdächtig aussehende Portio. Ich machte die Excision des kranken Stückes, der mikroskopische Schnitt zeigt schon dem bloßen Auge durch die dunklere Färbung die Ausdehnung des Carcinomatösen.

Die Excision dieses kleinen Stückes genügte, um die Pat. nunmehr 6¼ Jahr gesund zu erhalten, sie hat kein Recidiv.



Schnitt durch die Portio, die wegen beginnenden Carcinoms amputirt war. Das Schraffirte stellt das Carcinom dar, *ab* Cervicalkanal, *ad* Oberfläche der Portio, *bcd* Schnittfläche. Natürliche Größe des Schnittes.

In einem weiteren Falle amputirte Schroeder im 2. Monat der Schwangerschaft wegen Carcinom die Portio am 29. December 1885. Pat. genas, abortirte aber Ende Februar mit deutlichen Zeichen von Deciduaerkrankung; dann kam es noch 2mal zu Aborten, die gleichfalls unter erheblichen Störungen verliefen; Ende Januar 1887 machte ich wegen starken Menorrhagien die Auskratzung mit nachfolgenden Jodinjektionen; jetzt ist Pat. abermals schwanger und zwar im 7. Monat, bisher ohne Störung.

Zeigt Ihnen ersterer Fall, dass (was ja auch von anderer Seite erwiesen ist) die Amputation der Portio bei Carcinom derselben zur Heilung ausgereicht hat, so ist in dem zweiten Fall das Bemerkenswerthe, dass die mit dem Carcinom verbundene Endometritis sich in der gewöhnlichen Weise heilen ließ.

Herr Carl Ruge tritt der Auffassung von Saurenhaus bei, dass bei Carcinomen der Portio und Cervix häufig endometritische Wucherungen vorkommen, wie Abel zuerst nachwies; er hält aber die Anschauung Abel's, dass es sich um sarkomatöse Änderungen handle, nach seiner Erfahrung und nach Kenntnisnahme der Abel'schen Arbeit und Zeichnungen für falsch. Die von Abel als sarkomatös bezeichnete Veränderung ist eine solche, wie sie im interstitiellen Gewebe bei Endometritis glandularis häufig vorkommt. Die Interstitialzelle vergrößert sich, kann große spindelförmige Elemente, Deciduazellen ähnelnd, bilden. Es ist irrig und auf mangelnder längerer Beobachtung beruhend, das bei Endometritis veränderte, oft wie sarkomatös degenerirt aussehende, Zwischengewebe für Sarkom zu halten. Wenn gesagt wird, Abel habe doch wenigstens nachgewiesen, dass bei den Car-

cinomen am Uterus schwere Erkrankungen des Endometriums sich fänden, so kann man, da R. nur als Befund Abel's Endometritis ansehe, nicht von »schwerer« Erkrankung sprechen.

Sarkom an der Uterusschleimhaut kommt nach seiner Erfahrung nicht diffus vor: diffus in dem Sinne, wie Abel das Endometrium beschreibt, dass nämlich die ganze überhaupt vorhandene Mucosa glatt oder wenig gewulstet makroskopisch nichts von bösartiger Neubildung zeigt, dass mikroskopisch jedoch die Schleimhaut erst sarkomatös degenerirt zu erkennen sei. Die Frage, ob wirklich, wie Abel will, Sarkom vorliegt, ist von großer praktischer Bedeutung, da dann die Streitfrage, ob bei Portiocarcinom total exstirpirt werden soll oder ob partielle Resektion genügt, zu Gunsten ersterer Auffassung entschieden werden müsste. Es wäre ferner praktisch sehr wichtig, die Richtigkeit von Abel's Anschauung vorausgesetzt, wenn ausgekratzte Theile dieselbe Zusammensetzung wie Abel's Präparate zeigten — also sich nach Abel als Sarkom erwiesen; es müsste dann Totalexstirpation der Diagnose folgen. Dass Veit und R. in ihrer Arbeit angeblich die Uterusschleimhaut bei Krebs stets gesund befunden hatten, bezieht sich für Jeden, der die Arbeit liest, nur auf krebsige Veränderungen resp. Metastasen derselben: in so fern ist die Bemerkung in ihrer Arbeit über die intakte Uterusschleimhaut nicht mit dem Nachweis Abels', dass sich oft »schwere« andere Veränderungen finden, zu vergleichen.

Herr L. Landau: Ich muss heute doppelt bedauern, dass Herr Dr. Abel nicht in der Lage ist, durch Demonstration seiner Präparate Sie von seiner Deutung zu überzeugen. Es wird seine Aufgabe sein, dies a. a. O. an der Hand neuer Untersuchungen zu thun und den Unterschied nachzuweisen, der zwischen der von Ihnen als vorhanden angenommenen chronischen interstitiellen Entzündung und der von ihm behaupteten sarkomatösen Struktur liegt. Gern gebe ich Herrn Ruge zu, dass die angewandte Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit den Werth einer Arbeit nicht allein ausmacht, aber, wie ich Anfangs schon sagte, hat erst der immer wiederkehrende positive Befund Herrn Abel zur Publikation veranlasst, nachdem er sich der Billigung und Bestätigung seiner Präparate seitens des Herrn Geheimrath Waldeyer versichert hatte, dessen Autorität Herr Ruge bei aller Pietät für denselben, wie er uns eben aus einander setzte, in diesem Kapitel freilich nicht anerkennen will. Schließlich wollen wir diese histologische Frage doch von der Besprechung der praktischen Folgerungen hier in der Diskussion trennen. Ich selbst habe gleich von Anbeginn an nicht aus histologischen, sondern aus klinischen Gründen, wie Brennecke und A. Martin die Exstirpation des ganzen Uterus bei Portiocarcinom geübt. Wenn Herr Ruge nun meint, man könnte mit den Abel'schen Untersuchungen, diese als richtig angenommen, viel Unheil anrichten, wenn man z. B. nach Auskratzung scheinbar sarkomatöser in Wirklichkeit chronisch-entzündlicher Uteri diese exstirpirt, so möchte ich ihm nur sagen, dass ich von dem Werth der mikroskopischen Untersuchungen ausgekratzter Partikelchen für unsere Praxis, je mehr ich mich damit beschäftige, eine immer bescheidenere Meinung gewinne. Zur Diagnose maligner Veränderungen gehört in der Regel meiner Ansicht nach nicht bloß die Untersuchung ausgekratzter Partikelchen der Schleimhaut, sondern von so viel Material, dass man Serienschnitte durch Schleimhaut und Muskulatur anfertigen kann.

---

5) J. Schwarz (Baden bei Wien). Hochgradige Hysterie; günstiger Erfolg der Schwefelbäder.

(Internationale klin. Rundschau 1888. No. 24.)

Die 17jährige anämische Pat. zeigt nicht nur bezüglich der Sensibilität und Motilität, sondern auch in den visceralen Funktionen und in psychischen Beziehungen hochgradige Störungen, und bietet ein Bild vollständigster Hilflosigkeit dar. Beide unteren Extremitäten befinden sich in einem Zustande schmerzhaften toni-

schen Krampfes, und können aktiv und passiv kaum bewegt werden. Die Füße haben Spitzfußstellung. Die Haut der unteren Extremitäten ist bis zur Mitte der Oberschenkel völlig anästhetisch. Die oberen Extremitäten sind wohl frei beweglich, zeigen jedoch enorme Muskelschwäche und lebhaftes Zittern, welches bei intendirten Bewegungen sich steigert, so dass dieselben zu keinerlei manuellen Verrichtungen gebraucht werden können. Die Hände können nichts halten oder fassen. Die Pupillen sind mäßig erweitert und träge reagirend. Pat. leidet an öfteren Schwindel- und Ohnmachtsanfällen und Schlaflosigkeit. Urinentleerung erfolgt nur einmal in 24 Stunden; Stuhlentleerung einmal in 8—14 Tagen. Menstruation noch nicht eingetreten.

Nach Gebrauch von 5 Bädern in der Badener Schwefelquelle stellte sich die Menstruation ein; nach 15 Bädern ist der tonische Krampf der unteren Extremitäten und damit die Spitzfußstellung vollständig verschwunden. Nach 31 Bädern waren auch die Hände zu allen Verrichtungen geeignet; Urin- und Stuhlentleerung waren regelmäßig geworden.

Im nächsten Jahre kam Pat. mit Symptomen von Spinalirritation wieder in die Behandlung S.'s; auch diesmal wurde durch den ausschließlichen Gebrauch der Badener Schwefelbäder in relativ kurzer Zeit wieder auffällige Besserung erreicht.

Ref. möchte doch glauben, dass im vorliegenden Falle dem sonst gewiss sehr heilkräftigen Badener Schwefel etwas zu viel Ehre angethan wird. Eine 17jährige Hysterica ist aber häufig ein prächtiges Versuchsobjekt; selbst für sonst recht indifferente Kuren. **v. Buschman** (Wien).

6) **H. T. Hanks** (New York). Schwangerschaft, komplicirt durch Uterusgeschwülste.

(Amer. journ. of obstetr. 1888. März. p. 242.)

Zwölf Fälle von Komplikationen der Geburt durch Geschwülste, welche H. beobachtet hat, bilden die Grundlage des Artikels.

H. bespricht zunächst die ödematösen Geschwülste, d. h. die Anschwellungen, welche sich in den Geburtswegen in Folge von Druck des Kindestheiles bilden, dann geht er zu den Uterusmyomen über, theilt 8 Fälle aus seiner Praxis mit, bespricht die Prognose, Diagnose und Behandlung ohne Neues zu bringen. Eben so in Betreff des Gebärmutterkrebses. Seine Behandlung bei Myomen ist folgende: bei Myomen des Cervix frühzeitiger künstlicher Abort; bei solchen, die höher gelegen sind, Hinaufdrängen über den Beckeneingang wenn möglich, sonst Enucleation ev. Kaiserschnitt oder Porro. Bei Krebs Abortus, wenn derselbe hart ist und den ganzen Cervix einnimmt; wenn möglich ist die Geschwulst zu entfernen.

Engelmann (Kreuznach).

7) **E. Hofmann** (Wien). Acht Fälle von Tubarschwangerschaft mit letalem Ausgange durch Berstung.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1888. No. 25.)

Innerhalb der letzten 12 Jahre sind dem Vortr. 8 Fälle von Tubarschwangerschaft zur behördlichen Obduktion vorgekommen, deren Ergebnisse er hier niederlegt.

Aus diesen 8 Fällen ist Folgendes zu entnehmen:

1) Dass von den Betroffenen 6 das 30., eine sogar das 40. Lebensjahr überschritten hatten; 2) nur von einer ist bestimmt nachgewiesen, dass sie bisher noch nicht geboren hatte; bei einer anderen ist dies möglich; alle Übrigen waren bestimmt Mehrgebärende; 3) dass nur 2mal die rechte, 6mal die linke Tube Sitz der Gravidität war, und zwar 4) 3mal in der mittleren und sonst stets in der inneren Portion; 5) dass nur 2mal eine Transmigratio ovuli stattgefunden hatte, und zwar einmal von links nach rechts, das andere Mal verkehrt; 6) dass in der Hälfte der Fälle peritonitische Adhäsionen der betreffenden Tube gefunden wurden, die übrigen Fälle waren frei davon; 7) in 7 Fällen trat die Berstung im zweiten, und nur einmal im dritten Monate der Schwangerschaft ein; 8) in der Hälfte der Fälle verflossen zwischen dem Auftreten der ersten Krankheitssymptome und dem Tode

mehrere (4—12) Stunden; indess ist es auch bei den übrigen 4 Fällen fraglich, ob der Tod ganz plötzlich erfolgte, da keine genaue Anamnese vorliegt. Es dürfte somit in den meisten Fällen, wenn die Diagnose rechtzeitig gestellt ist, genügend Zeit zum operativen Eingreifen geboten sein. 9) In zwei Fällen wurde bei frischem Blutergusse die Frucht schon macerirt gefunden, was eben so wie die starke Nabelschnurtorsion in dem einen dieser Fälle darauf schließen lässt, dass die letale Blutung nicht immer gleichzeitig mit der Berstung des Fruchtsackes resp. Eileiters, sondern erst nachträglich erfolgt. **v. Buschman** (Wien).

8) **Thiriar** (Brüssel). Praktische Bemerkungen über die chirurgischen Erkrankungen der Niere und die Nephrektomie.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1888. No. 24.)

Sechs Fälle, welche theils wegen der Diagnose, theils wegen des besonderen Verlaufs der Operation ungewöhnliches Interesse darbieten.

1) Sarkom einer Wanderniere; während der Operation kam es durch Erbrechen zu einer Spontanruptur der Pleura costalis. Günstiger Verlauf; Heilung.

2) Tuberkulose der Niere.

3) Suppurative Nephritis mit Infarktbildung.

4) Tumor der rechten beweglichen Niere; Explorativpunktion, septische Erscheinungen, ein perinephritischer Abscess bricht in den Magen durch; darauf Nephrektomie, welche Cystenbildung der Niere ergab. Heilung.

5) In Eiterung übergegangener Tumor der linken Niere in enger Verbindung mit der Milz. Die Nephrektomie wird wegen der Adhäsionen intracapsulär vorgenommen und ergiebt: Pyelonephritis suppurativa sinistra. Heilung.

6) Sarkom der Niere. Nephrectomia transperitonealis (Terrier). Letaler Ausgang wegen großen Blutverlustes. **v. Buschman** (Wien).

9) **Torggler** (Innsbruck). Die Wochenbettsverhältnisse an der Innsbrucker geburtshilflichen Klinik.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1888. No. 26 u. 27.)

Von 2183 Geburten wurden 768 mit Karbol, 1415 mit Sublimat behandelt: bei den mit Karbol behandelten Geburten gab es 155 Erkrankungen = 20,1%; davon puerperale Erkrankungen 117 = 15,1%. Bei den mit Sublimat behandelten Fällen verzeichnet T. 98 Erkrankungen = 6,9%; davon puerperale 44 = 3,1%.

Bezüglich des Grades der puerperalen Erkrankungen bei Karbol- und Sublimatgebrauch, so sind unter 768 mit Karbol behandelten Geburten 34 = 4,4% des Morgens fieberlos, unter 1415 mit Sublimat behandelten 23 = 1,7% Morgens fieberlos.

Es sind also seit Einführung des Sublimats nicht nur die puerperalen Erkrankungen überhaupt seltener geworden, sondern dieselben zeigen auch einen weniger schweren Verlauf.

Bei Karbolanwendung kommt die höchste Frequenz zwischen einer Dauer von 20—30 Tagen zu liegen, beim Sublimat hingegen bis zu 14 Tagen. Während bei letzterem Antisepticum die Majorität der Erkrankungsfälle innerhalb einer Dauer von 20 Tagen abgelaufen ist, heilten bei Karbol in diesem Zeitraume nur 43 von 117 Erkrankungen = 36,7%. Auch diese Zusammenstellung liefert den Beweis, dass seit Einführung des Sublimats die Intensität der puerperalen Erkrankungen abgenommen hat. **v. Buschman** (Wien).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 47. **Sonnabend, den 24. November.** **1888.**

I. Bericht über die Verhandlungen der gynäkologischen Sektion der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Köln a|Rh., vom 17.—23. September 1888.

Von

Dr. Zeiss in Erfurt.

(Fortsetzung.)

C. Thiem (Kottbus). A. Periurethrales Sarkom.

Vortr. demonstrirt die vom Kollegen Dr. Siemon vorzüglich ausgeführten Abbildungen makroskopischer und mikroskopischer Präparate einer periurethralen Geschwulst, die er (Vortr.) einer 56jährigen Frau vor 2 Jahren exstirpirt hat. Durch den sehr festen Tumor, der die Größe einer grünen Walnuss hat, verläuft im oberen Theil die übrigens ganz intakte Urethra. Der Verlauf ist durch einen durch die Harnröhre geführten und auf der Seitenansicht mit abgebildeten Holzspeil ersichtlich. Im vergrößerten Vorhof, in dem das Praeput. Clitoridis fast verstrichen erscheint, wie überhaupt die Clitoris ganz in der Geschwulst aufgegangen ist, zeigt sich karunkulöse Beschaffenheit der Haut. Die Geschwulst besteht aus einzelnen epitheloiden größeren und kleineren Zellen mit deutlichem Kern und aus zusammenhängenden Zellengruppen, um welch letzere das intercelluläre Bindegewebe fast kapselartig gelagert ist. Die Intercellularsubstanz besteht kurz gesagt aus Bindegewebe in allen Entwicklungsstadien theilweise mit kleinzelliger Infiltration. Der Ausgangspunkt der Zellenwucherungen muss im Endothel der Lymphräume gesucht werden. Die der Haut und Urethra zunächst liegenden Schichten zeigen normale Struktur, so dass ein Ausgangspunkt von diesen Organen oder deren Drüsen ausgeschlossen ist. Die Geschwulst charakterisirt sich daher als ein zur Bindegewebsgruppe gehöriges, sarkomartiges Gebilde — wenn man den Namen beibehalten will — um ein Endotheliom.

B. Beiträge zur Indikationsstellung bei der vaginalen Totalexstirpation des Uterus und zum Verlauf nach derselben so wie Mittheilungen über das Verhalten der Körperschleimhaut beim Krebs des Scheidentheiles.

Während das Ausland sich dieser in ihrer heutigen Gestalt von Deutschen zuerst ersonnenen und von den Deutschen Hennig, Czerny, Bardenheuer, Olshausen, Schröder, Martin, Hofmeier, Brennecke, B. Schultze, Staude, Fritsch, Leopold u. A. hauptsächlich geübten und in der Technik anscheinend vollkommen fertig gestellten Operation gegenüber lange ablehnend verhalten hat, scheint jetzt gerade in der technischen Seite eine wesentliche Wandlung eintreten zu wollen durch das Verfahren der französischen Gelehrten Péan und Richelot. Dasselbe besteht bekanntlich darin, dass anstatt der Ligaturen, die Forcipressur, blutstillende Zangen, die Pinces hémostatiques zur Anwendung kommen. Vortr. hofft von der allgemeinen Anwendung dieser Methode, die er für einfacher, leichter und kürzer hält als die bisher geübten, dass einmal die Totalexstirpation von noch mehr Operateuren als bisher gemacht werden und dass sich zweitens ihr Indikationskreis namentlich beim Krebs erweitern wird.

Die meisten Autoren waren sich bis jetzt darin einig, dass bei der letzteren Erkrankung die Totalexstirpation zu unterbleiben habe, wenn die Parametrien und übrigen Adnexe deutlich krebsig infiltrirt seien. Der Erfolg sei zu wenig befriedigend und stehe in keinem Verhältnis zur Schwere des Eingriffs. Fritsch hat seinen Standpunkt in dem Satz präcisirt: »Aussichtslose Operationen zu machen ist ein inhumaner Sport.« Man darf jedoch zur Ehre deutscher Frauenärzte annehmen, dass aus solchen Gründen nur ganz ausnahmsweise operirt worden ist. Jedenfalls können nicht inhumane Gründe vorliegen bei Männern wie B. Schultze und Brennecke, die bekanntlich beide, namentlich der Letztere, den Indikationskreis für die Totalexstirpation beim Krebs bis zu den äußersten Grenzen technischer Möglichkeit verlegt wissen wollen.

Olshausen hat konstatirt, dass ihm in Berlin relativ mehr operable Carcinomfälle vorkommen als in Halle. Dies Faktum ist außerordentlich bemerkenswerth. In Berlin, der großen Universitäts- und Weltstadt mit der großen Anzahl hervorragender Gynäkologen, weiß jede Frau, wohin sie sich beispielsweise bei atypischen Uterinblutungen zu wenden hat, daher relativ weniger inoperable Fälle. In Halle liegt das Verhältnis schon ungünstiger und auch Schultze und Fritsch klagen für Jena und Breslau über den erschreckend großen Procentsatz inoperabler Fälle. Noch viel trostloser ist es in einer kleinen Provinzialstadt. Die Frauen ertragen zunächst die Blutungen monatelang ohne überhaupt Jemandem zu klagen; sie fragen dann ältere Frauen, die ihnen natürlich bestätigen, das seien die Wechseljahre; dann wird eine Gynäkologie pfuschende Hebamme gefragt, endlich der Hausarzt gebeten, etwas gegen die Blutung zu verschreiben, und wenn dieser, wie es leider manchmal vorkommt, dem Wunsche nachgiebt, ohne zu untersuchen, so vergehen wieder Monate, ehe die Frau zum Operateur kommt — meistens zu spät. Fast alle Fälle sind im oben besprochenen Sinne inoperabel. Wenn man bei diesem entsetzlichen Elende manchmal noch die Totalexstirpation macht, nicht in der Überzeugung, den Frauen radikale, sondern die sicherste und beste palliative Hilfe zu gewähren, so ist dies wahrlich kein inhumaner Standpunkt. Die sehr große Anzahl anderweitiger Palliativverfahren bei sog. inoperablen Carcinomfällen beweist eben so wie die Unzahl der als unfehlbar gepriesenen Mittel gegen Diphtherie, dass es gegen diese Krankheiten eben keine Panacee giebt und dass sie in einer ganzen Reihe von Fällen alle zusammen nichts nützen. Ehe man beim Krebs mit irgend einem das Palliativverfahren z. B. mit conc. Chlorzinkätzung zu einem befriedigenden Abschluss gelangt, vergeht so lange Zeit, dass die Angehörigen die Frau nicht so lange in der Anstalt belassen, zumal wenn ihnen gesagt wird, dass eine eigentliche Operation nicht gemacht ist. So lange man dort regelrecht unter Leitung des Spiegels die Ausspülung und Ausstopfung der Krebshöhle mit desinficirenden Sachen machen kann, geht es den Frauen ganz gut, so wie aber nach der Entlassung diese Manipulationen der Frau selbst

oder den eben so ungeübten Händen der Hebamme überlassen werden müssen, geht das alte Elend von Neuem wieder los. Viele jauchige Carcinomfälle bieten sogar für die gewöhnlichen palliativen Eingriffe ein Noli me tangere. So wie man an diesen rührt, steigern sich Wucherung und Jauchung erst recht.

Nach der Totalexstirpation erreicht man meistens in 3—5 Wochen eine Vernarbung, die häufig so fest wird, dass es bei Recidiven gar nicht mehr zu Exulcerationen, sondern nur zu Tumorenbildung in der Narbe kommt. Die Frauen sterben dann an sekundärem Carcinom innerer Organe oder an allgemeiner Krebskachexie und bleiben häufig bis an ihr Ende verschont von dem scheußlichsten aller Symptome, von der Jauchung, die den unglücklichen Personen zu ihren Schmerzen, ihrem Schwächegefühl, ihrer Todesfurcht noch das peinliche Gefühl verursacht, dass ihre Nähe verpestet ist und sie für ihre Umgebung eine schwere Last bilden. Wenn nach einigen Palliativverfahren ebenfalls einzelne Besserungen von längerer Dauer oder gar anscheinend völlige Heilungen erzielt sind, so beweist dies nach der Ansicht des Vortr. nur, dass jene Fälle gar nicht inoperable waren und nach der Totalexstirpation erst recht einen günstigen Ausgang genommen hätten. Vortr. hat vor 2 Jahren bei einer Frau die Totalexstirpation gemacht, trotzdem das linke Parametrium starr infiltrirt und der Frau 4 Monate vorher in einer auswärtigen Frauenklinik die Operation verweigert war. Die Frau lebt heute noch und erfreut sich guter Gesundheit. Selbst wenn sie noch ein Recidiv bekommen sollte, würde Vortr. den Fall zu den schönsten Erfolgen nach allen seinen Totalexstirpationen rechnen, da ein solcher nach prognostisch scheinbar noch so günstig unternommenen Operationen leider nicht immer zu verzeichnen ist. Sollte sie aber definitiv geheilt bleiben, so würde damit bewiesen sein, dass man nicht immer im Stande ist, alte entzündliche parametritische Verdickungen von krebsigen Infiltrationen zu unterscheiden. Dann ist es für die Frau das Sicherste, auf jeden Fall die Totalexstirpation zu versuchen. Verf. wird daher nach wie vor diese Operation auch bei sogenannten inoperablen Fällen machen, so weit sie ihm technisch durchführbar erscheint und hofft derselbe, dass dies auch viele Andere thun werden, um so eher, je einfacher sich der Eingriff gestaltet.

Für eine seiner Ansicht nach neue Indikation tritt Verf. durch die Mittheilung ein, dass er vor ½ Jahre einer 38jährigen Frau den Uterus exstirpirt hat, weil es ihm auf andere Weise nicht rasch genug gelang, die das Leben eminent bedrohende Blutung aus dem Uterus zu stillen. Die Frau hatte fünfmal abortirt, zweimal so rasch hinter einander, dass man die Reste beider Aborte im Uterus vermuthen musste. Die Frau kam mit septischem Fieber und von den Blutungen aufs äußerste erschöpft in die Anstalt des Vortr. Beim Versuch den Cervicalkanal durch Hegar'sche Dilatatorien zu erweitern und beim Versuch mit der Curette einzugehen, schoss das Blut in dickem kontinuirlichen Strahl aus dem Uterus, auch nach Umstechung der Lig. lata. Pressschwamm, Jodoform- und Wismuthgazestreifen wurden nach kurzer Zeit ausgestoßen, und die Frau schwamm von Neuem im Blute.

Die Blutung stand zwar nach Vernähen des äußeren Muttermundes, ein heftiger Schüttelfrost nöthigte jedoch die Nähte wieder zu lösen. Da hiernach und nach erneutem Curettementversuchen die Blutung wieder so abundant wurde, dass die Frau jeden Augenblick ihr Leben auszuhauchen drohte, so wurde nach nochmaliger Vernähung des Muttermundes die Totalexstirpation ausgeführt. Die Frau genas nach mehrfachen subkutanen Kochsalzinfusionen. In der Uterinhöhle befand sich im unteren Theil ein Placentarpolyp von der Größe eines Borsdorfer Apfels, oberhalb desselben dicht am Fundus fand sich ein zweiter Tumor von Dattelgröße vor, der zur Hälfte frei in die Höhle ragte und an der Oberfläche mehrere größere arrodirte Gefäße zeigte, zur Hälfte in die Uteruswandung hineingewachsen war oder vielmehr aus ihr hervorgewuchert erschien. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Angiosarkom, das zweifellos die Ursache der heftigen Blutungen und der vielfachen Aborte gewesen war.

Wenn also nachträglich die Operation sich als durchaus nothwendig erwies,

war sie doch bewusst nur zur Stillung der augenblicklich das Leben gefährdenden Blutung unternommen und man wird die Indikation für die außerordentlich seltenen Fälle gelten lassen müssen, gerade so wie man dem Chirurgen gestattet ein Glied zu amputiren, wenn ihm die Blutstillung auf andere Weise nicht gelingt. Die dritte Mittheilung des Vortr. bezieht sich auf eine Komplikation im Heilungsverlauf nach der Totalexstirpation. Bei zwei Pat. über 60 Jahre traten bei einer zweimal, im rechten und linken unteren Lungenlappen, bei der anderen nur einmal im letzteren keilförmige Infarkte ein. Die eine Pat. litt an Arhythmie des Herzens und soll vor 30 Jahren einen leichten Schlaganfall gehabt haben, die andere war eine robuste Frau mit gesundem Gefäßsystem. Ohne die Gründe für das Zustandekommen dieser Komplikation näher erörtern zu wollen und obgleich beide Frauen genesen sind, räth doch Vortr. bei älteren Personen mit dieser Eventualität zu rechnen. Zum Schluss erwähnt Vortr., dass er mit seinem Assistenten Dr. Gutsche zusammen die mikroskopische Untersuchung von 9 Gebärmüttern gemacht hat, die er wegen Krebs des Scheidentheils exstirpirt hatte. Bei dreien war die Schleimhaut vielfach macerirt; sie sollen daher, obgleich sie manche den andern Bildern konforme Ansichten gewährten, von der Betrachtung ausgeschieden sein; bei einem zeigte sich der krebsige Process forgepflanzt bis in die Gebärmutterhöhle. Bei den fünf übrigen fanden sich die Veränderungen der Körperschleimhaut vor, die Ruge auf dem letzten Gynäkologenkongress als Endometritis glandularis hyperplastica bezeichnete, ein Befund, den auch Eckhardt für gleiche Untersuchungen an mehreren von Kaltenbach exstirpirten Uteri konstatirte und ebenfalls auf dem letzten Gynäkologenkongress mittheilte. Die von Abel an einigen der von Landau in den letzten Jahren exstirpirten Uteri angeblich gefundene sarkomatöse Entartung der Körperschleimhaut bei relativem Intaktsein der Cervicalschleimhaut konnte Vortr. nicht konstatiren. Orig.-Ref.

Frank (Köln). Totaluterusexstirpation bei nicht carcinomatösen Fällen mit Demonstration.

Wenn ich mir das Thema »Totaluterusexstirpation« zu meinem Vortrage wähle und Ihnen operirte Damen vorstelle, so geschieht dies aus folgenden Gründen:

1) hoffte ich irrige Vorstellungen, welche von gewisser Seite über mein operatives Vorgehen geweckt wurden, durch Anregen einer Diskussion unter so vielen Fachgenossen zu beseitigen, und

2) wollte ich, trotz allen Anfeindungen noch einmal eine Lanze brechen für die Totaluterusexstirpation, als eine der segensreichsten Operationen in der ganzen Gynäkologie, wenn wir sie auch bei nicht carcinomatösen Erkrankungen des Uterus in den geeigneten Fällen anwenden.

Da aber nicht carcinomatöse Fälle das Leben meist nicht direkt bedrohen, so muss auch die Methode

a) eine ungefährliche sein, und b) kann sie erst dann in Betracht kommen, nachdem jahrelang alle uns zu Gebote stehende Mittel bereits vergeblich versucht, wenn der Pat. das Leben unerträglich geworden und der Uterus für die Frau als Fruchthalter keine Bedeutung mehr hat. Die Frau muss also im vorgeschrittenen Alter sein oder nach vorheriger Kastration die gewünschte Heilung nicht gefunden haben, und der zurückgebliebene Uterus muss nachweislich der Sitz großer Beschwerden sein. Wenn Sie diese Voraussetzungen, meine Herren, die ich immer hervorgehoben habe, festhalten, so werden Sie auch wissen, was man davon zu halten hat, wenn gesagt wird, bei uns stelle man einfach die Diagnose Ulcus an den Lippen, Endometritis etc. und dies genüge, den Uterus herauszuholen. Einen solchen Unsinn haben wir niemals behauptet, noch sind wir fähig ihn auszuführen. Die Operation ist eine ungefährliche, wenn wir den Uterus aus dem Peritoneum herausschälen. Von den 25 Fällen, welche ich operirte, ist nicht eine gestorben.

Mit einer gewissen inneren Befriedigung darf ich jetzt auf das Endresultat zurückblicken. Allen den operirten Personen hat die Operation nur Gutes gebracht. Alte Entzündungsprocesse um die Ovarien, Neuralgien sind vollständig geschwunden. Bei 2 Fällen, welche ich Ihnen auch sogleich vorstellen werde, sind die hysterischen Beschwerden nicht geschwunden und in einem Falle wurden die hysteroepileptischen

Anfälle noch viel heftiger als vorher. Erst nach der Uterusexstirpation wurden sie vollständig geheilt.

Gerade diese beiden vorher kastrirten Fälle erweckten in mir die Überzeugung, dass, wenn doch einmal kastrirt werden soll, man klug thut, den Uterus sogleich mitzunehmen, denn ohne Ovarien ist er werthlos und in den meisten Fällen Sitz großer Beschwerden, mag man ihn nach hinten sinken lassen, oder ihn durch Fixation der Ligamente nach vorn hin eine abnorme Lage geben. Ich selbst habe, durch die ungünstigen Endresultate der beobachteten Fälle abgeschreckt, noch keine Kastration im gewöhnlichen Sinne vorgenommen, wohl aber habe ich bei Fällen, wo die Kastration von anderen Kollegen beschlossen war, durch die ungefährliche Exstirpation des kranken Uterus die günstigste Rückwirkung auf die Ovarien und die Adnexe beobachten können.

Die Pat., welche ich Ihnen vorstelle, sind alle schon längere Zeit operirt, denn diese sind ja die werthvollsten.

Man muss eben, will man den wahren Werth derartiger Operationen beurtheilen, das Endresultat abwarten, um sich vor Täuschung zu bewahren.

Die Fälle, welche Herr Dr. Frank vorstellt, sind bereits im Archiv für Gynäkologie (Bd. XXX) und in der deutschen medicinischen Wochenschrift 1887 No. 40 ausführlich beschrieben. Es ist dies Fall I, V, VI und Fall XV.

Die Personen sind jetzt alle im Vollbesitz ihrer Gesundheit, während sie vor der Operation zu den unglücklichsten Menschen gehörten.

Schließlich demonstrirt Herr Frank den Modus der Operation, besonders die Behandlung des nach der Exstirpation invertirten Peritonealüberzugs. Orig.-Ref.

An der Debatte betheiligen sich die Herren Becker (Halle), Abel (Berlin) und Thiem (Kottbus).

Herr Abel tritt ebenfalls, nachdem er die Operation mit Pinces bei Landau 21mal gesehen, für dieselbe ein und hält sie namentlich bei schon ergriffenen oder verdächtigen Parametrien desshalb für empfehlenswerth, weil durch die Pinces noch ein gutes Stück seitwärts vom Schnitt gelegenes Gewebe nekrotisirt werde. Im Übrigen hält Herr A. an der sarkomatösen Natur der Veränderungen der Corpusschleimhaut bei Portiocarcinom auch heute, nach weiteren Untersuchungen fest, und führt für sich Waldeyer's Autorität ins Feld. Herr Eckardt (Halle) und Thiem (Kottbus) erwiedern. (Schluss folgt.)

II. Einige geschichtliche und technische Bemerkungen zur Lappenperineorrhaphie.

Von

Dr. M. Sänger, Leipzig.

Die verschiedenen Methoden der Perineorrhaphie durch Spaltung des Septum recto-vaginale und Lappenbildung, wie ich sie in No. 301 der Sammlung klinischer Vorträge beschrieben habe, beruhen sämmtlich auf dem Princip, die benöthigten Wundflächen nicht durch Abtragung von Gewebe, sondern durch blutige Trennung des anatomisch keineswegs sehr fest mit einander verschmolzenen Scheiden- und Mastdarmrohres zu gewinnen. Durch einen Zufall war es mir möglich gewesen den wenn auch nicht ersten Erdenker dieses Verfahrens, so doch sicher denjenigen, welcher es zuerst an der Lebenden anwandte, in der Person des Prof. Voss sen. in Christiania ausfindig zu machen. Seine Publikation stammt aus dem Jahre 1870. Laut neuerer brieflicher Mittheilung von Herrn Prof. Nicolaysen in Christiania an mich hätte Voss seine erste Operation aber schon im Jahre 1865 ausgeführt, während die Idee zu derselben nach W. Hei-

berg zuerst von Prof. S. A. V. Stein in Kopenhagen (?) im Jahre 1862 geäußert wurde. Ich schilderte in meinem Vortrage dann die historische Fortentwicklung der Methode bis auf Lawson Tait, dem sie durch Vereinfachung und Verbesserung der Technik wohl ihre weitere Ausbreitung verdankt, welcher aber vielfach irrthümlich für ihr Urheber gehalten wird.

Von Dr. Alfred C. Post[1] ist, wie ich nachträglich fand, als eigene neue Methode der Perineoplastik ein Verfahren angegeben worden, welches mit dem von A. R. Simpson fast ganz übereinstimmt. Ob Post selbständig darauf gekommen, vermag ich nicht zu entscheiden. Die sich immer mehr häufenden Kundgebungen zu Gunsten von Lappenoperationen wurden ferner vermehrt durch die Arbeit von Picqué[2], welcher jene mit dem Satze »la raphie est de beaucoup préférable à la plastie« als die Methode der Zukunft proklamirt. Das von Picqué geschilderte Verfahren ist das von Richet, welcher dasselbe bereits seit 15 Jahren ausübe: es ist demjenigen von Wilms, selbst in Einzelheiten, analog und stellt demnach keine reine Lappenoperation dar. Das Septum recto-vaginale wird durch Bogenschnitt 8—10 mm tief gespalten, dann der perineale Narbentrichter beiderseits in Schmetterlingsform angefrischt; hierauf zweiseitige Naht: Scheidenknopfnähte, Dammzapfennähte, keine Rectalnähte. Von den 8 mitgetheilten Fällen misslang einer vollständig, wurde aber nach Wiederholung der Operation geheilt, in einem 2. bildete sich eine Scheiden-Mastdarmfistel, die aber auf Lapisätzung zuging.

(Eigenthümlich ist die Anschauung Picqué-Richet's, die Lappenbildung solle das Eindringen der Scheidensekrete [»Mucosités vaginales«] in die Dammnaht verhindern. Normaliter ist doch in der Scheide nur sehr wenig und harmloses Sekret vorhanden, das durch antiseptische Ausführung der Operation mit Desinfektion der Scheide, durch Jodoformgazetamponade noch besonders unschädlich gemacht und sicher abgehalten werden kann. Dann sind auch die Wundsekrete von einer gleichzeitigen Portioamputation oder Kolporrhaphie ganz unschädlich für den neugebildeten Damm. Handelt es sich aber um abnorm reichliche »Mucosités vaginales«, so rühren sie eben von Endometritis, von Cervixrissen her, die bei gleicher Gelegenheit mit beseitigt werden müssen.)

Während mir selbst bei Abfassung meines klin. Vortrages nur 2 Lawson Tait zugeschriebene Verfahren der Lappenperineoplastik bekannt waren, das von 1878 und das mir von Heiberg gelehrte, hat Meinert in seinem auf der Naturforscherversammlung in Köln gehaltenen Vortrag[3] mitgetheilt, dass derselbe seit 1878 nach »vier

---

[1] Transactions of the New York Academy of Medecine 1886. Vol. V. p. 225.

[2] Contribution à l'étude de la périneorrhaphie. Annal. des malad. des org. génito-urin. Paris, Oct. 1887.

[3] Über Perineorrhaphie nach Lawson Tait. Orig.-Ref. Centralbl. f. Gynäkol. 1888. No. 40.

nicht unerheblich von einander abweichenden Methoden« operirt habe. Die erste sei die von Zweifel wiedergegebene, die zweite sah Meinert in Birmingham 1885, die dritte finde sich in der 2. Auflage seines Lehrbuches (Diseases of women, Birmingham, Cornish Brothers, 1886), die vierte, eben die, welche von mir selbst zuerst beschrieben und weiter ausgebildet worden ist, habe Heiberg mit herüber gebracht. Man darf also wohl in dieser letzten die z. Z. höchstentwickelte Phase der Operation erkennen. Es versteht sich von selbst, dass sie auch damit noch nicht abgeschlossen ist, sondern vielfach variirt und weiter verbessert werden kann. Die Zahl der Modifikationen ist schon eine recht ansehnliche und kommt hinzu, dass auch die früheren Verfahren noch in Gebrauch sind. So hat soeben Zweifel[4] die von Lawson Tait im Jahre 1878 zuerst veröffentlichte Methode der Perineoplastik bei Ruptura perinei completa nochmals genauer beschrieben und empfohlen. Hinsichtlich dieser Operation muss ich wiederum hervorheben, dass eine reine Querspaltung des Septum recto-vaginale und Nahtanlegung ausschließlich vom Damme her dabei noch nicht zur Anwendung kam.

Da aber der Schwerpunkt der Lappenperineorrhaphie in ihrer jetzigen Gestalt gerade hierin liegt, so ist es im Interesse »historischer Gerechtigkeit« wichtig, von einer Kundgebung Notiz zu nehmen, worin Lawson Tait selbst sich veranlasst sieht, die Ehre der Urheberschaft des Princips der Lappenplastik für sich abzulehnen, sie aber Jemand zuschreibt, dem sie nicht gebührt. Es geschieht dies in einer Zuschrift an das Dublin journ. of med. science[5], welche ich in thunlichster Kürze hier folgen lasse:

»Vor einigen Tagen erhielt ich folgenden Brief:

»»Geehrter Herr!

Die Operation der Blasen-Scheidenfisteln durch Lappenspaltung ist zuerst angegeben worden von dem verstorbenen Maurice H. Collis. Eine vollständige Beschreibung ist veröffentlicht im Dublin journ. of med. science Mai 1861.

Ehre wem Ehre gebührt!

Dublin, 12. März 1888.

P. S. Ihre Operation zur Heilung des Dammrisses ist nichts als eine Übertragung seines Operationsverfahrens.«« — —

Wenn ich diesen Brief kritisiren soll, so brauche ich nichts weiter zu sagen, als dass der Schreiber nicht nöthig hatte, seinen Namen zu verbergen; denn ich fühle mich ihm persönlich verpflichtet, dass er darin eine unzweifelhafte Thatsache anführt, nämlich die, dass mein verstorbener Freund Maurice Collis uns auf diesem Gebiete lange voraus war. Freilich, es ist ein wenig verdrießlich, zu sehen, dass mir schon Jemand zuvorgekommen ist, noch mehr, dass ich einen so ausgezeichneten Beitrag zur Förderung der plastischen Operationen an der Scheide, wie er in der Arbeit von M. Collis niedergelegt ist, übersehen habe. Immerhin habe ich eine gewisse Genugthuung, dass ich nicht der Einzige bin, welcher die Leistung meines alten Freundes nicht beachtet hat; denn ich finde bei unseren »Autoritäten« keine Andeutung darüber. Diese Prioritätsansprüche haben in der That etwas

[4] Über Perineoplastik. Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 31.

[5] Note on the Principle of Flap-splitting in plastic operations: a recognition of Priority of the part of the late Maurice Collis etc.

Grausames an sich: werden sie mit Erfolg erhoben, so erhöhen sie nicht nur den Ruhm unserer Vorgänger, sondern sie geben auch den Nachfolgern ein etwas — albernes Ansehen. Im vorliegenden Falle habe ich freilich nur etwas entdeckt, was gar nicht hätte in Vergessenheit gerathen sollen.

— — — — — — — In Bezug auf meine Dammoperation irrt sich aber mein Briefschreiber. Sie ist eine Sache für sich: die großen Vortheile, welche sie bot, brachten mich dahin, die Lappenspaltung auch auf die Behandlung von Blasen-Scheidenfisteln und auf die Radikaloperation der Brüche auszudehnen. Das schmälert aber Collis' verdienstvolle Erfindung nicht im geringsten.«

So weit Lawson Tait. Er schließt damit, die Methode des Letzteren nach seiner eigenen Beschreibung zu rekapituliren.

Also ein Anonymus erweckt in Maurice Collis noch einen längst verstorbenen Bewerber um die Ehre der Priorität und Lawson Tait macht den Manen seines »alten Freundes und Lehrers«, dessen er an einer von mir unterdrückten Stelle recht mitleidig gedenkt, seine Reverenz. Wie sehr bedaure ich doch, dem Anonymus rathen zu müssen, die Todten ruhen zu lassen, denn Collis' Geiste kommt jene Ehre nicht zu. Zwischen der Operation einer Blasenscheidenfistel durch Spaltung der Fistelränder und einer Perineorrhaphie durch Spaltung des Septum recto-vaginale ist allerdings ein so großer Unterschied, dass der Erfinder jener auch nicht entfernt an diese zu denken braucht und auch gar nicht gedacht hat. In der That spricht der lebende Collis kein Wort über Perineorrhaphie. Was aber die von Tait so gerühmte Idee der Spaltung des Septum vesico-vaginale an den Fisteiländern anbelangt, so war wieder nicht Maurice Collis, welcher sie zuerst fasste und ausführte, sondern der deutsche Chirurg Blasius[6], wie in jeder Geschichte der Harnfisteloperationen zu lesen steht. Freilich geschichtliche Prüfung der Leistungen Anderer ist nicht die starke Seite eines Lawson Tait, der von sich rühmt, kein Deutsch zu verstehen, daher von den geschichtlichen Angaben meines doch auch ad majorem suam gloriam geschriebenen klinischen Vortrages keine Notiz nahm, obwohl er ihm unzweifelhaft bekannt ist[7].

Es mag Manchem seltsam erscheinen, dass ich mich mit einer Prioritätsfrage, die mich selbst gar nichts angehe, überhaupt abgebe. Warum soll ich aber nicht eben so handeln wie jener Anonymus mit dem Motto »honour to whom honour is due«, wo ich besser weiß als er, wem diese Ehre wirklich gebühre, und ich mich innerlich gedrungen fühle dies auch kund zu thun? Das Princip, um welches es sich hier handelt, ist ein so wichtiges, dass es sich wohl verlohnte, denjenigen zu ermitteln, welcher es ersann und zum ersten Male anwandte und das ist — Voss. Denn dass den plastischen Ope-

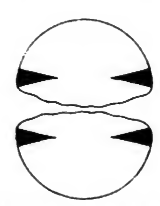
[6] Handbuch der Akiurgie III, 1. p. 460. 1839—1842.

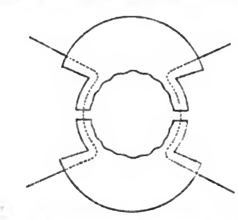
[7] Wer erfahren will, was Tait in bei uns jetzt leider genugsam bekanntem britischen Dünkel an kindischen aber doch frechen Schmähungen gegen Deutschland und deutsche Wissenschaft, die nicht Gleiches mit Gleichem vergilt, leistet, möge nur folgende Stellen nachlesen: Amer. journ. of obstetr. 1886. p. 972 und British med. journ. 1887. No. 1386. p. 169.

Das sind auch seine einzigen Waffen, mit denen er die ihm so verhasste, von Deutschen auf ihre Höhe gebrachte »Germtheory« bekämpft.

rationen mittels Lappenspaltung die Zukunft gehöre, davon würde Jeder mit mir überzeugt sein, der auch nur einmal einen vollständigen Dammriss nach dieser Methode operiren — und heilen sah.

Wie erwähnt, können aber auch Blasen-Scheidenfisteln nach Blasius' und Collis' Vorgang durch Lappenspaltung, also ohne Gewebsverlust operirt werden und zwar bei dem Stande der heutigen Technik und Antiseptik gewiss mit weit besserem Erfolge als früher. Auf diesem wiedergefundenen Weg ist in Deutschland jetzt zuerst von Herff[8] vorgegangen. Dasselbe Verfahren muss auch für die höher sitzenden Scheiden-Mastdarmfisteln möglich sein. Ja, auch auf die Emmet'sche Operation ließe sich das Princip übertragen in der Weise, wie ich dies durch nebenstehende schematische Zeichnungen veranschaulichen will. Bedenkt man, dass die evertirte Cer-





vixschleimhaut eine spatenartig flache Ausbreitung besitzt, so würde die Lappen-Trachelorrhaphie diese ohne Gewebsverlust einfach wieder in eine Röhre verwandeln.

Diese Andeutungen mögen genügen, um zu zeigen, welcher Ausdehnung das Princip der Lappenspaltung auf dem Gebiete der plastischen Operationen an den weiblichen Genitalien fähig ist.

Die Hauptoperation wird aber stets die Perineorrhaphie bleiben, der man allenfalls den Beinamen »nach Voss-Tait« oder »Voss-Simpson-Tait« geben kann, wenn man nicht eine sachgemäße Bezeichnung wie »Lappenperineorrhaphie« vorzieht. In den $1\frac{1}{2}$ Jahren, dass ich die Operation kenne, habe ich sie 50mal ausgeführt und sie in keinem einzigen Fall misslingen sehen. 6mal handelte es sich um vollständige Dammrisse, wovon 4 mit hoch hinaufreichenden Mastdarmdefekten: deren Heilung erfolgte in längstens 14 Tagen ohne Durchschneidung des Sphincter ani, ohne Rectaldrainage, ohne künstliche Stuhlverhaltung, ohne strenge Rückenlage der Pat., wie das die trianguläre Methode erforderte. In 1 Fall von tiefsitzender Mastdarm-Scheidenfistel bei Dammriss 2.—3. Grades wurde das Septum recto-vaginale unter völliger Ignorirung der Fistel gespalten, so dass jeder Lappen in der Mitte ein Loch trug, dann wie gewöhnlich genäht, nur so, dass je ein Draht hinter der Mitte der beiden Löcher weggeführt wurde. Heilung per primam. Auch Zweifel berichtet

[8] Zur Behandlung der Harnröhren-Scheidenfisteln. Der Frauenarzt, 1887. Hft. 1.

über zwei derartige Fälle mit glatter Heilung. Er schnitt dabei die Narbenränder der Fistel noch besonders aus.

In den übrigen Fällen handelte es sich um unvollständige Dammrisse 2.—3. Grades meist mit Prolapsus vaginae et uteri in verschiedenen Graden der Ausbildung, wogegen gleichzeitig die Abrasio mucosae, die Amputatio portionis vaginalis oder Excisio colli uteri, die Kolporrhaphia ant. und posterior — Alles natürlich stets in einer Sitzung — zur Anwendung kam. In einigen wenigen Fällen ereignete es sich wohl, dass die Dammwunde von der neugebildeten Kommissur her ein wenig aufging, oder dass sich zwischen zwei Drähten kleine Spalten zeigten: die Vernarbung glich diese geringen Defekte stets wieder aus.

Ich habe nach und nach die Technik in einigen wenigen Punkten geändert, die ich hier mittheilen will mit dem Rathe, sich beim Nachmachen der Operation sonst genau an meine frühere Beschreibung nebst Abbildungen zu halten.

Wohin es führt, wenn dies mit einer neuen Operation nicht geschieht, zeigte mir deutlich die Veröffentlichung von C. v. Rokitansky[9]. Die hier geschilderten Misserfolge beruhen größtentheils auf Nichteinhaltung der angegebenen Technik, wie es eben eine Untugend vieler Fachgenossen ist, schon zu »modificiren«, noch ehe sie das Originalverfahren in allen seinen Einzelheiten auch nur ein Mal nachgemacht haben. Ich habe sonst nicht nöthig die Ursachen der Misserfolge v. Rokitansky's weiter zu analysiren, da dies in einer Weise, der ich vollkommen zustimme, schon von anderer Seite geschehen ist, nämlich durch Fraipont[10], welcher in einer kürzlich erschienenen Arbeit über seine und v. Winiwarter's tadellose Resultate aus der Lütticher Klinik berichtet. Den sehr befriedigten Anhängern der Lappenperineorrhaphie reiht sich noch Riedinger[11] an. Er erprobte das Verfahren, so wie ich es beschrieben, auch an einem Falle von absoluter Incontinentia alvi bei intaktem Damm in Folge subkutaner Zerreißung des Sphincter ani bei der Geburt. Diese von ihm zum ersten Male berichtete Erfahrung spricht ganz besonders für den Werth der Methode. Ein begeisterter Lobredner der letzteren ist ferner F. Schubert[12], welcher über die in der Perniceschen Klinik damit erzielten Erfolge berichtet.

Großes Gewicht lege ich vor Allem darauf, dass für die tiefen Nähte nur weicher, nicht legirter Silberdraht gewählt werde, während man für die oberflächlichen beliebig Silkworm, Seide oder Katgut

---

[9] Erfahrungen über Lawson Tait's Perineorrhaphie. Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 11.

[10] Six cas de Périnéorrhaphie opérés par le procédé de Lawson Tait. Ann. de la soc. méd.-chir. de Liège 5. 1888. juillet.

[11] Vier Fälle von Lawson Tait's Perineorrhaphie. Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 26.

[12] Sechs Fälle von Episo-perineorrhaphie nach Sänger (Lawson Tait). Inaug.-Diss., Greifswald, 1888.

verwenden kann. Die Eigenart der durch die Lappenspaltung gewonnenen Wunde, welche bei der Schließung unter Faltenbildung förmlich aufgerollt wird, erheischt ein absolut sicheres, festes, unveränderliches und dabei schmiegsames Nahtmaterial, welchen Anforderungen der nicht legirte Silberdraht am besten entspricht. Allenfalls geht auch noch Silkworm an, das aber, da es geknotet werden muss, leicht zu fest schnürt. Katgut (als Juniperus- oder Sublimatkatgut — Chromsäurekatgut nehme ich aus, da es entweder überhaupt nicht oder erst nach Wochen resorbirt wird —) passt hier aber ganz und gar nicht. Ohne Katgut-Pessimist im Sinne Kocher's zu sein, halte ich, nach anderen und meinen Erfahrungen dafür, dass jenes Katgut, bei aller Bequemlichkeit der fortlaufenden Etagennaht, nicht die gleiche Garantie des Gelingens der Plastik bietet, wie die nicht resorbirbaren Materialien Silber, Silkworm, Seide.

Bei strenger Asepsis vor und während der Operation, bei voller Beherrschung der Technik, bei sorgsamer antiseptischer Nachbehandlung muss heut zu Tage jede mit diesen Materialien ausgeführte Plastik gelingen, während das Katgut diese Sicherheit nicht bietet. Wie fest die Naht mit Silkworm und Silberdraht zusammenhält, bewies mir ein Fall von schwerer Nachblutung — der einzige, den ich je erlebte — nach einer Prolapsoperation mit Amputatio post vag. Kolporrhaphia ant. et post., Lappenperineorrhaphie. An der Portio war mit Seide, in der Scheide mit Silkworm, am Damm mit Silber genäht worden. Es hatte offenbar schon von Anfang an hinter dem in der Scheide liegenden Gazeverband geblutet. Als dieser am 7. Tag herausgezogen wurde, entleerten sich einige große Blutklumpen mit. Spülungen mit heißem Wasser, so wie mit Eiswasser halfen nur vorübergehend. Behufs Aufsuchung der blutenden Stelle wurden daher an mehreren auf einander folgenden Tagen theils ein weites Fergussonspeculum, theils Simon'sche Halbrinnen eingeführt, an der vorderen Vaginalwand eine Umstechung ausgeführt, gegen eine blutende Spalte am Collum uteri Liquor ferri sesquichl. angedrückt, worauf die Blutung endlich stand. Am Damm hatten die zwei obersten Silbernähte, an der hinteren Scheidenwand einige der vordersten Silkwormnähte ein wenig eingeschnitten: die Heilung erfolgte aber schließlich gerade so, als ob die Ruhe der Wunden nie gestört worden wäre. Hätte eine Katgutnaht dergleichen ausgehalten? Gewiss nicht. Ein weiterer Vortheil nicht resorbirbaren Nahtmaterials liegt darin, dass die Wunden längere Zeit innig zusammengehalten werden, wodurch die Narben eine größere Festigkeit erlangen und es möglich wird die Operirten füher aufstehen zu lassen. Da die inneren Fäden 4—6 Wochen liegen bleiben, kann so eine an Prolapsus Operirte schon nach 14 Tagen entlassen werden, was man bei Katgutnaht wohl kaum wagen dürfte.

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen will ich die wenigen Änderungen der früher beschriebenen Technik angeben:

1) Beim vollständigen Dammriss spalte ich von dem feinen

Saume des Septum recto-vaginale aufwärts zuerst mit dem Messer, dann, wenn der Scheidenlappen so weit freipräparirt ist, dass man ihn in der Mitte mit einer Klemmpincette fassen und anspannen kann, vollende ich die Spaltung mit der Schere. (Letztere ist mit größter Behutsamkeit und Genauigkeit vorzunehmen. Trotzdem schnitt ich einmal ein kleines Loch in das Rectum, die Heilung erfolgte aber gleichwohl tadellos ohne besondere Schließung des kleinen Defektes, gewiss ein Beweis der Richtigkeit meiner früheren Behauptung, dass Fistelbildung, außer durch eben vermeidbare Infektion und Abscessbildung, unmöglich sei.)

Sehr verwundert war ich durch Meinert's Urtheil, die Lappenperineorrhaphie in der von mir beschriebenen Ausführung eigne sich am wenigsten für komplete Risse, wesshalb er wieder zu einer besonderen Scheiden- und Mastdarmnaht übergegangen sei. Also, er spaltet wohl das Septum, näht aber dreiseitig. Damit giebt er aber gerade den wichtigsten Vortheil der rein perinealen Nahtlegung wieder auf. Sind die Lappen wirklich so dünn, wie er meint, dann verstehe ich nicht, wie sie das Übermaß der dreiseitig gelegten Nähte vertragen: sie müssten da doch erst recht nekrotisch werden. Es ist richtig: bei einem kompleten Dammriss können die gespaltenen Lappen recht dünn sein, aber sie sind es nur in der Mitte der Wunde; je weiter nach außen, um so dicker, fleischiger wird der Untergrund der Anfrischung und diese lateralen Theile der letzteren sind es, welche hauptsächlich die Verklebung leisten. Aber auch die dünneren Mittelstücke verkleben schnell und sicher, gerade weil die Drähte ganz hinter der Wunde weggeführt und nicht innerhalb derselben ein- und ausgestochen werden. Da überhaupt nur wenige (3—5) tiefe Nähte gelegt werden, so kann keine Nekrosirung des Gewebes stattfinden.

Also, gerade für den kompleten Dammriss bedeutet das neueste Verfahren der Lappenperineorrhaphie einen großen Fortschritt, die Wiedereinführung besonderer Scheiden- und Mastdarmnähte einen Rückschritt.

2) Bei Einlegen der Silberdrähte fasse ich jetzt den Hautrand mit, aber höchstens bis zu einer Entfernung von 1 mm von der Wunde. (Ich hatte mich Anfangs getreulich an die mir überkommene Vorschrift gehalten, genau am Hautrand, aber doch nach innen von diesem ein- und auszustechen, gewahrte aber bald, dass derselbe öfters relativ weit nach außen zurückwich, wo ich glaubte, ihn haarscharf getroffen zu haben. Dadurch entstanden Lücken, welche durch feine oberflächliche Nähte erst wieder zusammengezogen werden mussten. Fasst man aber höchstens 1 mm breit Hautrand mit, so kann von einer Einstülpung der Haut keine Rede sein und die beiden Ränder liegen schön lineär an einander.)

3) Seitdem habe ich es auch nicht mehr für nöthig befunden, zwischen die Silberdrähte oberflächliche Zwischennähte zu legen. Nur nach dem Rectum zu so wie durch die klaffenden Ränder des

Scheidenlappens verwende ich noch deren. Statt dessen lege ich die Silberdrähte etwas dichter, in Abständen von ca. 1 cm, so dass ihre Zahl 4—7 (höchste Ziffer), durchschnittlich 5—6 beträgt.

4) Die Rosette oder Falte des Scheidenlappens habe ich gelernt immer kleiner ausfallen zu lassen, so dass ich nun in einer ganzen Reihe von Fällen gar keine Nekrose derselben mehr beobachtete. Dies erreicht man durch zwei Maßnahmen: 1) da wo die seitlichen Schnitte nach vorn aufhören, schneide man recht tief in das Gewebe der Labien hinein, um einen ordentlich dicken Lappen zu bekommen; 2) man lege durch den oberen queren Rand des Scheidenlappens einen etwas feineren Silberdraht, wobei darauf zu achten, dass der hier sehr dünne Lappen nicht durchstochen, sondern dass die Nadel immer unter der Schleimhautoberfläche hin geführt werde: beim Zusammenziehen des Silberdrahtes verschwindet der Rand des Scheidenlappens vollständig oder mit Hinterlassung eines feinen Spaltes, den man allenfalls noch durch eine oberflächliche Naht schließen kann.

Meinert erwähnt in seinem Vortrage, Tait führe die Nadel nicht hinter der ganzen Wundfläche weg, sondern steche in ihrer Mitte ein und aus. So wie ich es mache, finde ich es aber viel besser, da »todte Räume« dadurch vermieden werden. Tait fürchtet diese nicht, da er weniger Suturen legt und die Wunde absichtlich zwischen ihnen etwas klaffen lässt, um sie so zu drainiren, während wir hier zu Lande durch genaue Aneinanderfügung und volle Schließung der Wunde die prima intentio zu erreichen suchen.

5) Wenn man bedenkt, dass die Vereinigung der Wundränder bei der Lappenperineorrhaphie unter Einrollung und Faltenbildung der wund gemachten Gewebsflächen vor sich geht, dass die Ränder bei der Torsion der Silberdrähte starke Neigung zeigen, sich nach außen zurückzuziehen, so ist es merkwürdig, wie schnell die Primärheilung zu Stande kommt. Ich habe auch nicht ein einziges Mal etwas wie das von mir theoretisch als möglich gedachte Zurückweichen der Lappen in ihre frühere Lage gesehen, sondern beobachtete namentlich in den letzten Fällen, schon am 8. Tage p. o. eine so vollständige und feste Heilung, dass ich nun auch die Silberdrähte von diesem Zeitpunkt an einzeln entferne, statt sie volle 2 Wochen liegen zu lassen, und damit gewöhnlich schon am 12. Tage p. o. fertig bin.

Nach dieser weiteren Vereinfachung und Detaillirung der Operationstechnik hoffe ich die schon nicht mehr geringe Zahl der Anhänger der Lappenperineorrhaphie alsbald noch mehr zunehmen zu sehen.

Ich will daher auch meiner Überzeugung nochmals Ausdruck geben, dass zunächst keine andere Methode derselben Aussicht dazu haben werde als eben die, welche ich von W. Heiberg als in ihrer letzten Modifikation von Lawson Tait herrührend kennen gelernt, beschrieben und weiter ausgebildet habe.

Ich habe auch die Methode der Kolpoperineorrhaphie von A.

R. Simpson, welche in Zweifel einen warmen Fürsprecher gefunden hat, vergleichsweise angewandt, kann aber, nun auch nach praktischer Erfahrung, nur wiederholen, dass sie der Tait'schen rein perinealen Operation an Einfachheit und Sicherheit wesentlich nachsteht. Warum zertrennt Simpson den durch den perinealen Quer- oder Bogenschnitt abgelösten Scheidenlappen durch einen Medianschnitt in zwei Lappen, wo diese, nur tiefer gefasst und mit breiterer Wundfläche, doch wieder zusammengenäht werden? Von den Seiten her schlecht vascularisirt, nach unten zu zunächst noch außer Gefäßverbindung stirbt der so entstandene mächtige »Scheidenpürzel« leicht in so großer Ausdehnung ab, wie ich das bei der Tait-schen Operation nie auch nur entfernt so gesehen habe. Nach langsamer Abstoßung des Nekrotischen bildet sich von dem kurzbleibenden Damme aus nach der Scheide zu eine tiefe, narbige Einziehung, wie sie gewiss kein ideales Endresultat einer plastischen Operation ist.

Es war mir von großem Interesse unlängst auch Emmet's Operation, gegen Prolapsus vaginae posterioris, mit Rectocele und Ruptura perinei incompleta, welche in Amerika sehr verbreitet, bei uns aber kaum gekannt ist, durch eigene Anschauung kennen zu lernen. Herr Prof. Howard A. Kelly aus Philadelphia hatte die Güte, mir dieselbe gelegentlich seines letzten Aufenthaltes in Leipzig an einem Falle, den ich ihm zur Verfügung stellte, zu zeigen.

Es kann nicht meine Absicht sein, hier eine Beschreibung der Operation zu liefern, da sie in Emmet's Lehrbuch zu finden ist. Eine kurze und sehr klare Darstellung derselben hat auch Baldy[13] gegeben. Ich will nur den Eindruck, welchen ich von der Operation gewonnen habe, schildern. Die Anfrischung geht weder hoch in die Scheide hinauf, noch erstreckt sie sich in nennenswerther Ausdehnung auf Labien und Damm. Ihr Endeffekt ist, dass sie den Scheideneingang von hinten her enger schnürt unter starker Querspannung der hinteren Scheidenwand, welche dadurch gegen die vordere angedrängt wird. Bei bedeutender Länge und Breite der Scheide wie bei hochgradigen Vorfällen mit starkem Dammdefekt halte ich die nur den Scheideneingang angreifende Operation für ungenügend und würde hier unter allen Umständen eine ausgiebige hintere Kolporrhaphie in Verbindung mit Lappenperineorrhaphie vorziehen.

Mit einer gewissen Berechtigung machte Hegar (Wiesbadener Naturforscherversammlung, Diskussion) namentlich den englischen Gynäkologen den Vorwurf, sie seien desswegen wieder auf Lappenoperationen verfallen, weil sie sich die bei uns so hoch ausgebildeten Anfrischungsmethoden nicht zu eigen gemacht hätten. Wenn dem auch so sein mag, so können wir darüber nur Befriedigung empfinden, dass der gerügte Mangel die Ausbildung der Lappenoperationen,

---

[13] Transact. obst. soc. of Philadelphia. Sitzung v. 3. Febr. 1887. Amer. journ. of obst. 1887. p. 430.

welche unleugbar einen großen Fortschritt in der plastischen Gynäkologie bezeichnen, zur Folge gehabt habe.

Kasuistik.

1) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

137. Sitzung am 6. Juni 1888.

Vorsitzender: Herr J. Schramm, Schriftführer: Herr Korn.

Vor Eintritt in die Tagesordnung demonstrirt Herr Leopold mehrere durch Operation gewonnene Präparate:

1) einen etwa hühnereigroßen Blasenstein, durch Kolpocystotomie entfernt;
2) eine Parovarialcyste;
3) eine Tubargravidität (3 Monat; mumificirte Frucht);
4) doppelseitige Hämatosalpinx;
5) zwei Uteri, wegen Myoms per vaginam entfernt;
6) ein Ovarialkystom;
7) eine Placenta mit velamentöser Insertion der Nabelschnur;
8) eine Missbildung;
9) einen Fall von Hypertrichosis mit reichlicher Pigmentablagerung am ganzen Rumpf.

Herr Schramm weist auf die diagnostischen Schwierigkeiten der Extra-uterin-Schwangerschaft hin. Kürzlich beobachtete er einen solchen Fall, der bezüglich der Diagnose manches Interesse bietet: Bei einer 21jährigen Frau waren die Menses nie ausgeblieben, jedoch waren mehrmals Fetzen mit Blut abgegangen, die bei der mikroskopischen Untersuchung als nur aus Fibringerinnsel bestehend befunden wurden. Deciduastücke gingen niemals ab, jedenfalls kamen keine mit zur mikroskopischen Untersuchung. Bei der Frau fühlte man einen fast faustgroßen leicht verschiebbaren kugelrunden Tumor, bald im Douglas, bald höher oben. Die Diagnose wurde auf Ovarialtumor gestellt. Bei der Laparotomie fand man eine Tubargravidität.

I. Herr Leopold: Über die operative Behandlung heftiger Darmbeschwerden in Folge von peritonealen Adhäsionen.

L. hat bisher 3 Frauen beobachtet, bei denen zum Theil jahrelang heftige Darmschmerzen bestanden, welche nur auf feste Verlöthungen mit der Bauchwand oder mit einem Nachbarorgan zurückgeführt werden konnten und durch die bekannten palliativen Behandlungsmethoden nicht gebessert wurden.

Im ersten Falle klagte die Pat. immer zu bestimmten Tageszeiten meistens 1—2 Stunden vor der Stuhlentleerung über einen kolikartigen quälenden Schmerz in der Gegend der Flexura sigmoidea, als ob hier der Darm bei der Fortbewegung der Stuhlmassen eine starke Zerrung erlitte. Bei der Laparotomie fand sich der Dickdarm mit breiter Schlinge vor dem Übergang zum Rectum an einer links im kleinen Becken völlig verwachsenen Geschwulst durch feste Stränge so verlöthet, dass er an jeder freien Bewegung verhindert werden musste. Die Stränge wurden abgebunden, der Darm völlig frei gemacht und der Leib wieder geschlossen. Pat. erholte sich bald von dem Eingriff und hat die periodischen Kolikanfälle verloren.

Im zweiten und dritten Falle handelt es sich um Frauen, bei denen vor 2 bez. 3 Jahren eine Laparotomie vorgenommen worden war.

Die erste von ihnen gab an, dass sie ungefähr 2 Finger breit links von der Mitte der Linea alba fortwährend einen stechenden Schmerz habe, der beim Gehen und Stehen zunehme und manchmal ganz plötzlich eine so heftige Form annehme, als ob sie mit einer Nadel tief eingestochen würde. Vorwiegend sei es ein Zerren an dieser bestimmten Stelle. Nach längerer Beobachtung der Kranken konnte es sich nur um einen festen Strang handeln, der an dieser Stelle den Darm mit der Bauchwand verlöthet hatte, um so mehr, als man hier ab und zu eine leichte vorübergehende Verwicklung bemerken konnte. Nach der Eröffnung des Leibes fand sich

die Vermuthung bestätigt: Von der schmerzhaften Stelle der Bauchwand ging innen ein fest verlötheter stricknadeldicker ca. 4 cm langer Bindegewebsstrang aus, der sich am anderen Ende mit der Serosa einer der Dünndarmschlinge so fest verklebt hatte, dass letztere an dem Strange wie aufgehängt und ausgezerrt erschien. Der Strang wurde doppelt unterbunden und durchschnitten; der Leib geschlossen. Die Kranke hat den Schmerzpunkt ganz verloren.

Die zweite der Laparotomirten hatte sich wegen doppelseitiger gonorrhoischer Oophoritis und Salpingitis der Kastration früher unterzogen. Ein Jahr später begannen unmittelbar unterhalb des Nabels, bez. unterhalb des oberen Narbenendes kolikartige Schmerzen in Form von Bohren und Stechen in Verbindung mit ernsten Magenstörungen, gegen welche von Seiten eines inneren Klinikers 2mal mehrwöchentliche Weir-Mitchel'sche Kuren, namentlich zur Hebung der Körperkräfte, angewandt wurden. Pat. befand sich eine geraume Zeit danach stets viel wohler; dann traten aber die gleichen Beschwerden von früher wieder auf und ließen die Kranke nur selten schmerzfrei. Bei einer Untersuchung in Narkose fand sich zur Erklärung der Schmerzen nur der eine Anhaltepunkt, dass der eine Theil der Narbe dicker und breiter als der untere war; auch ließ sich bei wiederholter Beobachtung wie im vorigen Falle nicht erkennen, dass die bewusste Stelle sich öfters aufblähte und beim Darüberstreichen lebhafte Schmerzen darbot. Man nahm daher als Ursache der Störungen eine mit den Bauchwänden fest verlöthete und starken Zerrungen ausgesetzte Darmschlinge an, eine Diagnose, welche die Operation bestätigte.

Außerordentlich schwierig war die Ablösung einer Dünndarmschlinge fast von der Länge eines Zeigefingers unmittelbar unter dem oberen Narbenende. Hier war die ganze Darmwand mit dem Bauchfell so fest verwachsen, dass man Millimeter für Millimeter sich durch fibröses Gewebe und dicht an der Darmmuskulatur hinantreten musste, um das Darmstück völlig frei machen zu können. Nachdem dies geschehen, wurde es versenkt und das naheliegende Netz darüber gebreitet und die kleine Bauchwunde geschlossen.

Schon wenige Tage später gab Pat. auf das Bestimmteste an, von den Zerrungsschmerzen ganz befreit zu sein. Das Wohlbefinden bestätigte sich dauernd und mehrere Monate später wurde mir von der Kranken, welche sich auf dem Lande aufhielt, mitgetheilt, dass sie sich glücklich fühle, den in der letzten Zeit sie fortwährend quälenden Darmschmerz verloren zu haben.

Leider konnte sich die Kranke dieser Besserung nicht lange erfreuen, da sie vor Kurzem nach Aussage des Arztes an den Folgen einer Hirnapoplexie sehr bald erlegen ist.

Herr Meinert hat einen ähnlichen Fall beobachtet.

Eine Frau leidet seit 6 Jahren an heftigen Koliken im linken Unterbauch. Sie ist vielfach ärztlich behandelt worden unter den verschiedensten Diagnosen. Anfallsweise trat bei ihr eine Geschwulst in der linken Seite auf, die nach einigen Stunden wieder verschwand, dann aber plötzlich wieder etwas höher fühlbar wurde. In Folge der heftigen andauernden Schmerzen war die Frau sehr heruntergekommen. Außer einem retroflektirten Uterus ist per vaginam nichts zu fühlen.

Bei der Laparotomie fand man eine 1 cm starke Adhäsion zwischen Dünndarm und linken Lig. latum. Nachdem dieselbe durchtrennt, zeigte sich am Darm eine kaum stricknadelstarke Striktur, 10 cm unterhalb derselben eine zweite, die sich knotig anfühlte, aber ohne Adhäsion war. Die Diagnose wurde auf Carcinom gestellt, dem entsprechend die Prognose ungünstig. Die Frau ist aber genesen, die Geschwulst kehrte nicht wieder. Die Striktur war mithin eine rein spasmodische. Seit 2 Jahren ist die Pat. vollkommen gesund.

(Schluss folgt.)

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 48. **Sonnabend, den 1. December.** 1888.

I. Wie soll an den Hebammenschulen die Antiseptik gelehrt, und deren Anwendung in der Praxis gefördert werden?

Von
Regierungsrath Prof. **Dr. Alois Valenta** in Laibach[1].

Motto: In medio virtus!

Darüber überhaupt noch ein Wort verlieren zu wollen, dass genaue Antiseptik in jeder Richtung das Alpha und Omega der Handlungsweise der Hebammen sein müsse, hieße einfach Wasser ins Meer gießen wollen, — es handelt sich nur darum, ob die an den Hebammenschulen meistens ausgeübte antiseptische Methode eben so in der Hebammenpraxis in der Regel anwendbar resp. durchführbar sei oder nicht?

I. Wie soll an den Hebammenschulen die Antiseptik gelehrt werden? Die geburtshilflichen Kliniken für Hebammen sind nicht da, um mit 0 % Sterblichkeit zu prunken, das ist bei den zu Gebote stehenden Mitteln mit einem eingeübten Hilfspersonale nunmehr keine solche Hexerei, sondern selbe sollen thatsäch-

[1] Vortrag, gehalten im Verein der Ärzte in Krain.

lich Schulen für das praktische Leben sein, d. h. an denselben soll Alles so zweckmäßig gelehrt resp. gelernt werden, wie es zur thunlichsten Erreichung desselben Resultates in der Privatpraxis möglichst erreichbar ist.

Fast an allen Hebammenschulen finden die Schülerinnen so zu sagen ein antiseptisches »Tischlein-deck-dich« vorbereitet vor, es steht da ein kostspieliger Waschapparat mit gläsernen Gefäßen, welche verschiedenprocentige Karbolsäure- oder Sublimatlösungen u. dgl. enthalten; die Schülerinnen brauchen nur hinzutreten und sich vor und nach jeder Untersuchung genau abzuwaschen. — Nicht minder stehen den Schülerinnen allüberall an der Klinik gläserne Irrigateurs, verschiedenfarbige gläserne Mutterröhren und Katheter etc. in Hülle und Fülle zur Verfügung; — und das ist es, was ich als verfehlt bezeichnen muss.

Meiner Ansicht nach müssen sich die Schülerinnen, selbstverständlich unter steter genauer Kontrolle der Anstaltsbediensteten, die Desinfektionslösungen selbst bereiten, sowohl zum Händewaschen und zum Reinigen der Genitalien, als auch zum Beölen der untersuchenden Finger, nur so wird ihnen die Antiseptik geläufig, so zu sagen zur zweiten Natur werden.

Im Dienste der Humanität ist es an den Kliniken allerdings schließlich gleichgültig, wie viel für antiseptische Mittel verausgabt wird, nicht so in der Privatpraxis, da kann man doch von der armen Hebamme, welche oft kaum einige Groschen für eine Geburt erhält, nicht verlangen, dass sie aus eigenem Sacke die theueren Desinfektionsmittel überhaupt oder gar noch verschwenderisch beistelle?

An der Schule soll daher die Antiseptik so gelehrt resp. durchgeführt werden, wie selbe thatsächlich in der Praxis draußen in der Regel möglich ist. Man muss die elenden Verhältnisse kennen, unter welchen eine Dorfhebamme ihre Thätigkeit ersprießlich entwickeln soll und muss, z. B. hier in Krain am Karst steht ihr oft nicht einmal genügendes Cisternenwasser zur Verfügung. — Wie es auf dem Lande überhaupt mit den Trink- und Waschgefäßen und Trockentüchern aussieht, von der Leib- und Bettwäsche gar nicht zu reden, davon hat man einfach in den Städten gar keinen Begriff, nicht minder davon, wie und wo die Gebärende resp. Wöchnerin gelagert ist, und da will man von den Hebammen Unmögliches verlangen?

An jeder Hebammenklinik soll einerseits nicht der antiseptische Luxus eines Palais, andererseits aber auch nicht die antiseptische Nothlage einer Hütte vorherrschen — in medio virtus. — Die Schule soll gleichsam ein gutsituirtes bürgerliches Haus repräsentiren, in welchem gewissen nothwendigen antiseptischen Anforderungen pekuniär anstandslos entsprochen wird, an einer Hebammenschule sollen einfach tüchtige Hebammen für den bürgerlichen Gebrauch herangebildet werden; so ausgebildete Hebammen werden sich dann auch eben so leicht den höchsten luxuriösen Anforderun-

gen accommodiren, wie auch in der ärmsten Behausung mit geringen Mitteln zum Wohle und Heil ihrer Pflegebefohlenen entsprechend antiseptisch schalten und walten.

Ist in der alten guten Zeit an den Hebammenschulen bezüglich der Antiseptik oft gar nichts geschehen, so geschieht jetzt gerade wieder das Gegentheil, nämlich zu viel des Guten und bewahrheitet sich so das Sprüchwort: das Bessere ist des Guten Feind. Ich schmeichle mir, dass meine Anstalt sich auf dem obigen — sit venia verbo — bürgerlichen Hausstandpunkte befinde — Beweis dessen, dass mir schon wiederholt von Besuchern derselben das Staunen über deren einfache Einrichtung unverhohlen kund gegeben wurde. — An meiner Anstalt, welche überdies auf das Erdenklichste ungünstig situirt ist, nämlich mitten in einem stets sanitätswidrig überfüllten, ganz durchseuchten alten Krankenhause, habe ich seit Jahren höchstens 1 %, meistens nur 0,5 % Sterblichkeit. Dies glaubte ich den weiteren Auseinandersetzungen vorausschicken zu müssen, zur Bekräftigung dessen, dass die von mir geübte, dem gewöhnlichen Hausgebrauche angepasste klinische Antiseptik, pünktlich durchgeführt, vollkommen ausreiche.

Von der sicherlich richtigen Ansicht ausgehend, dass den Hebammen nur der Gebrauch jener Desinfektionsmittel zu lehren sei, welche man ihnen auch in der Privatpraxis gestattet, kommen an meiner Anstalt nur Karbolsäure und hypermangansaures Kali zur Verwendung. Weiter erachte ich es für nothwendig, dass die Bereitung der antiseptischen Lösungen thunlichst einfach und dennoch genau vor sich gehe und lasse daher diese Mittel wie folgt bereiten:

1) Das Karbolöl oder -Glycerin zum Beölen der untersuchenden Hand oder der Instrumente wird hergestellt durch Beimischung von 3 bis 4 Kaffeelöffel voll reiner Karbolsäure auf $^1/_4$ Liter Tafelöl oder Glycerin.

2) Eine 1 %ige, 2 %ige, 3 %ige etc. Karbolwasserlösung wird bereitet, indem einem Liter Wasser 1, 2, 3 etc. mittlere Esslöffel voll reiner Karbolsäure innig beigemengt werden.

3) Vom hypermangansauren Kali wird eine koncentrirte Lösung in einer verkorkten Flasche bereitet und hiervon stets in das zu verwendende Wasser so viel gegossen, bis dieses schön lichtroth gefärbt erscheint.

Der Unterricht an der Laibacher Schule ist ein gleichzeitig theoretisch-praktischer und dauert ein Lehrkursus fünf Monate, in welchem Zeitraume ca. 80 Geburten zur Beobachtung resp. zur klinischen Behandlung vorkommen. Alljährlich werden beiläufig 20 Hebammen herangebildet. Diese Schülerinnen sind zumeist arme Bäuerinnen, welche kaum 2 bis 3 Oberkleider und sehr wenig Leibwäsche besitzen und sich äußerst schwieliger Hände erfreuen; das Händewaschen muss denselben thatsächlich erst gelernt werden, wobei ihnen weiter gelehrt wird, sich ja nur mit reinen Handtüchern abzutrocknen, und um Ansteckungen zu vermeiden, einfach in der

Praxis, wenn solche nicht zu erlangen sind, mit der nassen Hand zu untersuchen.

Nach diesen allgemeinen Erläuterungen erlaube ich mir nun die an meiner Anstalt geübte Antiseptik zu skizziren:

Jede Schülerin muss thunlichst rein gekleidet sein, und muss sich beim Betreten der Anstalt i. e. des Kreißzimmers, welches auch als Schulzimmer benutzt wird, alsbald vorschriftsmäßig die Hände waschen und zwar mit einer 2%igen Karbolsäurelösung, welche in einem bestimmten Turnus stets von der ersten inspicirenden Schülerin in einem zinnernen an der Waschtischwand hängenden, mit einer Pipe versehenen Wasserbehälter, nach oben erwähnter Manier hergerichtet, bereit dastehen muss.

Diejenigen Schülerinnen, welche eine Schwangere oder Gebärende zu touchiren haben, müssen sich dann noch ein zweites Mal vor dem Touchiren eben so gründlich die Hände reinigen. Behufs Beölen der zu touchirenden Finger wird strengstens darauf geachtet, dass die Schülerinnen die Finger nicht in das Karbolöl eintauchen, sondern sich angewöhnen, hiervon die nöthige Menge auf dieselben zu gießen.

Schwangere werden in der Regel nur allwöchentlich einmal von 4 Schülerinnen untersucht und hierauf mit einer 2%igen Karbollösung ausgespritzt.

Jeder Gebärenden wird vor der ersten Untersuchung zuerst mit einer 2%igen Karbollösung die Scheide ausgespritzt und die Scham sammt Umgebung genau abgewaschen, wozu stets ein entsprechend großer Lappen einfachen neuen Organtins verwendet wird. Hierauf werden die Theile mit ebensolchen trockenen Organtinlappen oder Karbolwatte abgetrocknet und die so gebrauchten Organtinlappen oder Wattestücke dann selbstverständlich vertilgt.

Untersuchungen der Gebärenden werden auf das nothwendigste Maß beschränkt.

Nach jeder normalen Geburt wird nur eine desinficirende (2%ige) Reinigung (Waschung) der äußeren Genitalien und deren Umgebung vorgenommen. Scheidenirrigationen dürfen nur auf specielle ärztliche Anordnung gemacht werden. — Die Abtrocknung geschieht in der Anstalt mit Karbolwatte, und wird den Kandidatinnen gelehrt, dass sie in der Praxis, wenn nur halbwegs möglich, eben so vorgehen sollen, sonst jedoch die Waschung und Abtrocknung stets nur mit reinen, gut ausgekochten Leinwand- oder Wollstücken zu machen haben und unter keiner Bedingung hierzu einen Badeschwamm in Anwendung ziehen dürfen, indem ihnen selbstverständlich die Gefahr der leichten Ansteckung durch Schwämme genau aus einander gesetzt wird.

Nach jedem Harnlassen oder Stuhlentleeren muss eine desinficirende Waschung der Scham vorgenommen werden.

Jede Wöchnerin wird täglich zweimal von der ordinirenden Schülerin gereinigt, und zwar werden zuerst mit in 2%ige Karbollösung eingetauchten neuen Organtinlappen die Genitalien und Umgebung abgespült, gewaschen, wie oben erwähnt, abgetrocknet und der Wöchnerin ein frischer Durchzug untergelegt, und dann muss von der Schülerin, nebenbei gesagt, die Körperwärme gemessen werden.

Obwohl überflüssig, weil selbstverständlich, erwähne ich dennoch, dass ich streng darauf sehe, dass die Wöchnerinnen auch sonst bezüglich der Leib- und Bettwäsche reinlich gehalten werden, muss aber erwähnen, dass auch in dieser Richtung nicht verschwenderisch, sondern nach wirklichem Bedarf gewechselt wird.

Durch diese bescheidene antiseptische Methode erziele ich einerseits, wie gesagt, ganz zufriedenstellende Morbilitäts- und Mortalitäts-Procente, und schmeichle mir andererseits, dass auf diese Weise gleichzeitig die Schülerinnen die für ihre Praxis mögliche Antiseptik zum Wohle ihrer Pflegebefohlenen jedweder Kategorie erlernen und sich zu eigen machen.

Wie bereits erwähnt wurde, wird an meiner Anstalt in der Regel Karbolsäure, nur hier und da des Lernens wegen hypermangansaures Kali in Gebrauch gezogen, letzteres desshalb, weil es nicht nur ein sehr gutes Desinfektionsmittel ist, sondern auch entschieden wohlfeiler kommt, was für die Armenpraxis gar wesentlich ist, daher auch die Kenntnis dessen praktischer Verwendung für die Schülerinnen unbedingt nothwendig. — Dagegen perhorrescire ich den Gebrauch des Sublimats an einer Hebammenschule, von dem sicherlich logischen Grundsatze ausgehend, man soll ganz besonders an einer Hebammenschule nur das lehren, was man in der Praxis den Hebammen gefahrlos anvertrauen kann und darf.

II. Wie kann die Antiseptik in der Hebammenpraxis durchgeführt, beziehungsweise gefördert werden? Die Antwort ist sehr einfach. Eine zweckentsprechende Antiseptik ist in der Praxis nur dann durchführbar, wenn den Hebammen die antiseptischen Hilfsmittel überhaupt und zwar in ausreichendem Maße zu Gebote stehen, d. h. kurz und gut, den Hebammen muss nach Bedarf auf öffentliche i. e. Gemeinde- oder Landes- oder Staatskosten das Desinfektionsmaterial für die Praxis beigestellt werden, das ist und bleibt der Kern der möglichen Durchführung und Förderung einer richtigen Antiseptik. Die Hebammen müssen das Desinfektionsmittel besitzen, dann erst kann dessen obligate strikte Anwendung gesetzlich anbefohlen, beziehungsweise gefordert werden. — Ich verlange die Ex offo-Beistellung der Antiseptica für alle Hebammen, nicht allein für die Armenhebammen, da der Begriff »arm« sehr dehnbar ist, und alle Hebammen, nicht allein die Ex offo-Hebammen arme Klientinnen zu besorgen haben und zwar in natura gegen sog. Fassungsbücheln

denn Pauschalbeträge würden gewiss sehr oft zu anderen Dingen verwendet werden.

Der in der letzten Ministerialverordnung vorgeschriebene Karbolsäure-Vorrath von 100 Gramm ist unbedingt zu gering, eine reine Spielerei, denn eine gewissenhafte Hebamme kommt damit nicht einmal bei einer Gebärenden resp. Wöchnerin aus, und besitzt für die nächste Geburt nichts mehr. — Was thun die meisten Hebammen, um recht lange nach Vorschrift Karbolsäure bei sich zu führen? Sie mengen einfach pro forma einige Tropfen Karbolsäure dem Wasser bei, auf dass es nach Karbolsäure riecht, und zeigen dann diese 0%ige Lösung dem danach fragenden Arzte vor. — — Dieses Faktum habe ich schon unzählige Male in der Privatpraxis erlebt.

Ein weiteres Hindernis einer nutzbringenden Antiseptik in der Hebammenpraxis bildet deren mangelhaftes und leider sehr kläglich aussehendes Instrumentarium.

In dieser Richtung müssten alle Hebammen nebst den bisherigen vorgeschriebenen Instrumenten noch einen zweckmäßigen Irrigateur und einen Maximalthermometer gesetzlich besitzen. Keine Hebamme sollte zur Ausübung der Praxis zugelassen werden, bevor sie sich nicht vor dem Amtsarzte mit solch einem vollständigen Instrumentarium ausweisen kann, daher bliebe im Interesse des Hebammenstandes, um sonst fähige aber mittellose Personen nicht davon auszuschließen, auch kein anderer Ausweg übrig, als diesbezügliche unentgeltliche Betheilung derselben aus öffentlichen Fonds.

Obschon das Maximalthermometer kein antiseptischer Behelf ist, so erachte ich es, nebenbei erwähnt, für unbedingt nothwendig, dass an den Hebammenschulen der Gebrauch resp. der Vortheil der Körperwärmemessungen genau gelehrt werde und dass die Hebammen in ihrer Praxis die Wöchnerinnen diesbezüglich täglich 2mal untersuchen resp. messen.

Die Hauptsache ist und bleibt, dass die Hebammen brauchbare reingehaltene Instrumente besitzen. — Eine sehr strenge amtliche Überwachung bezüglich der Qualität erachte ich noch für wichtiger, als jene bezüglich der Quantität; — man muss nur Gelegenheit haben die Instrumente der Hebammen zu sehen, da muss man sich wahrlich einfach wundern, dass nicht alle mit denselben bedienten Wöchnerinnen erkranken, kurzum dass diese Sanitätspersonen (sic!) nicht noch mehr Unheil anrichten, als bisnun thatsächlich der Fall war und ist.

Die von den Amtsärzten im Laufe des Jahres wiederholt, jedoch immer unverhofft vorzunehmenden Visitationen der Hebammenbehelfe müssten mit aller Strenge durchgeführt werden; nicht allein die Amtsärzte, jeder Arzt sollte eidlich verpflichtet sein, gegebenen Falles eine — sit venia verbo — schweinische Hebamme zur Bestrafung anzuzeigen.

In Anbetracht der Folgen einer solchen Nachlässigkeit sollten gradatim die Strafen unbedingt empfindlich strenge sein und schließ-

lich in Wiederholungsfällen einer solchen unverbesserlichen, gemeinschädlichen Person die Praxisberechtigung einfach entzogen werden.

Kann und soll einer Hebamme, welche kranke Wöchnerinnen zu besorgen hat, temporär die Praxisausübung verboten werden? — Die theoretische Antwort heißt »Ja«, die praktische »Nein«, vorausgesetzt, dass die Hebamme nicht erwiesen ob ihrer Unreinlichkeit etc. schuldtragend ist. — Im Allgemeinen, wenigstens in Krain, ist bei dem notorischen Mangel an Landhebammen, wo oft im stundenweiten Umkreise überhaupt nur eine Hebamme zu haben ist, eine solche Maßregel einfach nicht durchführbar und würde dadurch für die Bevölkerung entschieden ein noch größerer Schaden erwachsen, indem dann die Afterhebammenwirthschaft wieder üppig gedeihen möchte. — |In solchen Fällen bleibt nichts Anderes übrig, als eine sehr genaue persönliche Überwachung der betreffenden Hebamme. Die Hebammen müssen verpflichtet sein, jedwede Wochenbetterkrankung in ihrer Praxis unverzüglich gehörigen Ortes anzuzeigen, wo dann durch den Amtsarzt oder den Ordinarius deren Überwachung betreffs der Desinficirung und ihrer Reinlichkeit in jeder Beziehung anzuordnen wäre. Leider kann bezüglich der Kleidung und Leibwäsche bei der evidenten Armuth dieser Personen nicht ein häufiger Wechsel gefordert werden, das ist einfach hier zu Lande nicht durchführbar. — Ultra posse nemo teneri potest — gilt hier nicht nur für die Hebammen, sondern auch aus demselben Grunde von den kranken Wöchnerinnen selbst. Es heißt da mit dem Möglichen rechnen, und insbesondere ist schon den Hebammenschülerinnen stets einzuschärfen, dass sie in der Praxis zuerst die gesunden und schließlich die kranken Wöchnerinnen besuchen dürfen.

Indem ich 'nun nochmals bemerke, dass ich durch das Angeführte nicht etwa den Werth der an den Gebärkliniken minutiös betriebenen Antiseptik unterschätze, sondern nur behaupte, dass ein extrem antiseptisches Handeln in der geburtshilflichen Praxis ausnahmsweise durchführbar sei, schließe ich als alter Praktiker, dem Eingangsmotto entsprechend, mit der vollen Überzeugung, dass in der Hebammenpraxis, in der Stadt wie am Lande, durch strikte Befolgung einfacher, leicht durchführbarer antiseptischer Maßregeln der Genitalkanal der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen auch vor Ansteckung bewahrt werden wird. — Beim Hebammenunterrichte muss das Hauptaugenmerk darauf gerichtet sein, den Schülerinnen die Ansteckungsgefahr durch Schmutz etc. grell, jedoch wahrheitsgemäß zu schildern und als einzige diesbezügliche Panacee die pünktlichste Reinlichkeit in Allem und Jedem hinzustellen. — Asepsis sei die Basis des Hebammenunterrichtes resp. segensreicher Hebammenpraxis — Antisepsis die rettende Waffe des Arztes.

II. Eklampsie und künstliche Frühgeburt.

Von

Hermann Löhlein, Gießen.

In dem jüngst erschienenen Lehrbuch der Geburtshilfe von F. Winckel findet sich auf p. 591 der folgende Passus: »Hatte schon Brummerstädt nachgewiesen, dass weder die zu frühe Beendigung der Geburt bei der Eklampsie günstig sei, so ist der Vorschlag von Löhlein, die künstliche Frühgeburt bei solchen Schwangeren einzuleiten, weil irritirend für die Mutter und sehr gefährlich für das Kind, besonders wegen der trefflichen Resultate der diaphoretischen Methode wohl für überwunden zu betrachten.«

Gegen diesen Satz, der in nicht sehr glücklicher Form aburtheilt über das, was ich s. Z. über dieses Thema veröffentlicht habe, halte ich mich für verpflichtet Einsprache zu erheben. Ich würde dieser Verpflichtung mir nicht so lebhaft bewusst sein, wenn es sich nicht um ein Lehrbuch und nicht um einen so verdienstvollen Lehrer und einen so feinen Kenner der Entwicklung unserer Disciplin handelte wie F. Winckel.

Das Citat reiht sich an die Besprechung der Chloroforminhalationen und des Chloralgebrauchs, so wie an die Verwerfung des Aderlasses an. Der Leser kann nicht anders als annehmen, dass ich die künstliche Frühgeburt zur Bekämpfung des bereits zum Ausbruch gekommenen Leidens empfohlen habe. Das ist mir nie und nirgends eingefallen. Ja ich kann mir — nachdem ich ein sehr reiches einschlägiges Material zu beobachten Gelegenheit hatte und andererseits recht oft die Frühgeburt auf andere Indikationen hin einleiten musste — überhaupt nicht vorstellen, wie ein Arzt der instantanen Gefahr der Anfälle gegenüber auf die Empfehlung der künstlichen Frühgeburt kommen soll. Eben so wie Winckel rathe ich bei eklamptischen Konvulsionen Kreißender die Geburt ohne Zögern zu beendigen, sobald die Bedingungen für eine schonende Beendigung erfüllt sind, — mehr nicht.

Höchstwahrscheinlich ist Winckel zu seiner irrthümlichen Annahme dadurch verleitet worden, dass ihm dasjenige vorschwebte, was ich bei verschiedenen Gelegenheiten über die Bedeutung der künstlichen Frühgeburt für die Prophylaxe der Eklampsie in vereinzelten Fällen von Nephritis gravidarum geäußert habe. Was ich in dieser Hinsicht in der gynäkologischen Sektion der Naturforscherversammlung zu Danzig (1880) und zu Berlin (1886) ausgesprochen habe, halte ich auch jetzt noch aufrecht. Ich kann daher einfach auf die einschlägigen Vorträge verweisen. (Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkol. Bd. VI. p. 62 und Bd. XIII. p. 412.)

Man kann nicht bestimmter, als ich es dort gethan habe, den allgemeinen Satz zurückweisen, dass die Nephritis gravidarum schlechtweg eine Indikation zur künstlichen Frühgeburt biete, in so fern als dadurch dem Ausbruch eklamptischer Anfälle vorgebeugt werde, und man kann nicht bestimmter hervorheben, dass es immerhin vereinzelte Fälle giebt, — die von mir gekennzeichnet wurden, — in denen die Unterbrechung der Schwangerschaft in diesem prophylaktischen Sinn gerechtfertigt, ja dringlich angezeigt ist.

Ich könnte noch darauf hinweisen, dass ich mich mit meiner sehr eingeschränkten Zulassung der künstlichen Frühgeburt bei Nephritis gravidarum in mehreren Diskussionen (außer auf der Danziger Naturforscherversammlung schon in der Sitzung der Gesellschaft f. Geburtsh. u. Gynäkol. zu Berlin vom 14. Mai 1878) im direkten Gegensatz zu K. Schröder befand. Dieser erblickte in der Nephritis gravidarum an und für sich eine so bedenkliche Gefährdung der Frauen, dass er, wie der Bericht über die Danziger Versammlung (Centralbl. f. Gynäkol. 1880 p. 502) sagt, »mit sehr warmen Worten dringend empfahl, bei Albuminurie sofort die Schwangerschaft zu unterbrechen«. Der Bericht hätte noch hinzufügen können »unter dem lauten Beifall der Versammlung«, und ich darf wohl eingestehen, dass ich diesen Beifall damals etwas schmerzlich empfand.

Indessen dieser Gegenüberstellung bedarf es nicht. Mein zurückhaltender und

streng individualisirender Standpunkt in der Frage der Prophylaxis ist auch so klar und deutlich genug aus den oben angeführten Publikationen zu erkennen.

III. Ein Fall von profuser Vaginalblutung nach Scheidenruptur beim Coitus.

(Aus dem Bürgerspital zu Hagenau i/E. Oberarzt Dr. Biedert.)

Mitgetheilt von

Dr. Gust. Barthel, Assistenzarzt.

In der Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann hat kürzlich Lomer einen Vortrag veröffentlicht, der von den Blutungen in der Geburtshilfe und Gynäkologie, deren Quellen und Behandlungsmethoden handelt und worin er jeden einzelnen Abschnitt des Genitalkanals als möglichen Ort einer Hämorrhagie einer eingehenden Betrachtung unterzieht.

Bei den Blutungen aus der Vagina nimmt er vier ursächliche Momente an: das primäre Carcinom, unpassende oder zu lange getragene Pessarien, die Kolpitis senilis und die Verletzungen der Scheide bei der Geburt. Es sind indessen noch eine Anzahl Fälle bekannt geworden, bei denen eine Vaginalblutung nicht aus einer der eben angegebenen Ursachen entsprang, sondern aus einer durch Coitus erfolgten Ruptur der Scheidenschleimhaut. Erst jüngst ist von Anderson wieder ein solcher Fall beschrieben und in No. 15 d. Bl. referirt worden, an den ich den im vergangenen Sommer im hiesigen Bürgerspital zur Beobachtung gekommenen zur Bereicherung der einschlägigen Litteratur anreihen will.

M. B., 20 Jahre alt, Dienstmädchen, wird am Abend des 26. Juni in das Spital gebracht wegen starker, seit vorhergehendem Abend — wo sie bewusstlos auf der Straße gefunden wurde — bestehenden Blutung aus den Genitalien. Die Kranke erscheint sehr blass, etwas collabirt aber von kräftigem Körperbau. Dieselbe giebt auf Befragen über die muthmaßliche Entstehungsursache keine befriedigende Antwort. Die Regel soll in Ordnung sein, zuletzt vom 19. bis 24. Juni gewährt haben, worauf sie in Folge Erkältung am 25. als heftige Blutung wiedergekehrt sei. Vom Eintritt der Blutung bis zum Abend des 26. wurde diese, wie später festgestellt, außerhalb des Spitals mit Kälte und Secale zu stillen gesucht.

Introitus intact. Die Digitalexploration ergiebt eine sonderbare Unebenheit in der ziemlich weiten Scheide im hinteren Scheidengewölbe, von der aus sich eine faltenförmige Haut nach dem Cervix hinzieht. Die Gebärmutter klein, nicht verlagert, Cervix dünn, virginal, im Scheidengewölbe keine Härte, keinerlei anatomische Missverhältnisse. Stuhlgang gestern. A.T. 38,0.

Da die Blutung mittlerweile spontan zum Stehen gekommen war, wird von Ocularinspektion abgesehen, Eisbeutel und Secale-Infus mit Opium verordnet, die Tamponade nicht mehr gemacht.

27. Juni M.T. 37,5, kein Blut mehr abgegangen. O.E. A.T. 37,5.

28. Juni. M.T. 37,2, Arznei aussetzen, A.T. 37,3, Eisbeutel weglassen.

Am 3. Juli, bis wohin keinerlei Blut mehr gekommen und die Temperatur stets niedrig geblieben war, wurde Ocularinspektion vorgenommen, um einen genaueren Einblick in den bei der ersten Digitalisuntersuchung gewonnenen Befund zu erhalten. Es zeigt sich hierbei ein Schleimhautriss von ca. 3 cm Länge im hinteren Scheidengewölbe von rechts nach links etwas schräg gegen die hintere Muttermundlippe hinziehend. Nochmals befragt, giebt Pat. jetzt zu, am 24. Juni, einem Sonntag Abend, den Coitus mit einem Soldaten ausgeübt zu haben. Auch am Abend des 25. sei dies der Fall gewesen, ohne dass indessen derselbe besonders forcirt oder mit besonderen Schmerzen verbunden gewesen sei. Hierauf sei die Blutung eingetreten und sie, die Kranke, bewusstlos liegen geblieben. Unter Einstreuung von Jodoformpulver, Einlage von Jodoformgaze und Glycerintampon erfolgt in wenigen Tagen Heilung.

In dem vorliegenden Fall ist also die Blutung unzweifelhaft aus einem in Folge

des Coitus eingetretenen Schleimhautrisse der Vagina erfolgt und es muss jedenfalls auch noch ein extrapuerperales Trauma der Scheide zu den oben genannten vier Möglichkeiten Lomer's hinzugefügt und bei der Diagnose der Blutungsquelle in einschlägigen Fällen mit in Rechnung gezogen werden (Speculumuntersuchung!).

---

1) **W. Nagel** (Berlin). Das menschliche Ei.

(Separat-Abdruck a. d. Archiv f. mikroskop. Anatomie Bd. XXXI.)

Die Untersuchungen des Verf. sind die ersten am frischen, menschlichen Eierstocksei angestellten. Das Material entstammt der Gusserow'schen Klinik. Die Eier wurden sofort nach beendeter Operation den Follikeln entnommen und frisch in Follikelflüssigkeit untersucht. Die Messungen erfolgten mit dem Messocular von Klaatsch. Zur Anfertigung von Dauerpräparaten wurden die Eier zunächst in 1%ige Osmiumsäurelösung und dann 3 Tage lang in Müller'sche Flüssigkeit gelegt. Gehärtet wurden die Präparate entweder in Müller'scher Flüssigkeit oder in Flemming'scher Lösung und dann im ersteren Falle mit Hömatoxylin, Eosin oder Pikrokarmin, im letzteren mit Safranin gefärbt. Einbettung in Paraffin oder Celloidin.

Die Arbeit zerfällt in 3 Abschnitte:

I. Primordialei und Primärfollikel.

Das Primordialei ist eine wahre Zelle mit Protoplasma, Kern und Kernkörperchen. Sobald der Primärfollikel gebildet ist, ändert er seine Eigenschaften und Aussehen nicht, bis er zum reifen Ei heranwächst. Man findet solche Eier als unregelmäßige Kugeln in den Eierstöcken von Neugebornen und Erwachsenen. Das Primordialei hat keine Membran. Das Keimbläschen liegt in der Mitte und seine Größe ist unabhängig von der des Protoplasma, welches aus einer gleichmäßig hellen Substanz mit Netzwerk besteht, das aber mit dem Kerngerüst des Keimbläschens nicht in Verbindung steht. Der Keimfleck erscheint an frischen Eiern als ein hellleuchtendes, gelbschimmerndes, rundliches Gebilde.

Auch beim Menschen trägt das Primordialei ein Follikelepithel, welches es ganz umhüllt und so den Primärfollikel bildet. Ei und Follikelepithel entstehen nach N.'s Ansicht aus dem Keimepithel; er hält alle anderen Erklärungen ihrer Entstehungsweise, was das menschliche Ei anbetrifft, für falsch, so auch die, dass Primordialeier durch Theilung sich vermehren könnten. Allerdings hat Verf. auch Eier mit zwei Kernen gesehen, welche aber nach seiner Ansicht wahre Zwillingseier sind. Außerhalb des uterinen Lebens werden keine Primordialeier mehr gebildet.

II. Der wachsende Follikel und das wachsende Ei.

Das erste Zeichen des Wachsthums der Primärfollikel besteht darin, dass das Epithel kubisch wird und sich stark vermehrt und zwar durch einfache Zelltheilung; nie wird Epithel vom Ei oder von Stroma- oder Markstrangzellen gebildet. Zu dieser Zeit findet man zwischen den Epithelzellen große vom Verf. als Nährzellen aufgefasste Gebilde, welche den Epithelvacuolen Flemming's ähnlich

sind und deren Inhalt zur Bildung des Liquor folliculi benutzt wird. Sie ähneln auch den Primordialeiern, was leicht erklärlich ist, da beide vom Keimepithel abstammen. Die Liquorbildung beginnt erst, wenn das Epithel mehrschichtig geworden ist und zwar an dem Theil des Follikels, der nach der Oberfläche des Ovarium gerichtet ist. An der Stelle des späteren Discus proligerus bildet sich kein Liquor. Von den Follikelwandungen bildet sich zuerst die Tunica externa, dann erst die interna. Zwischen interna und Follikelepithel entsteht eine strukturlose? Basalmembran, welche eben so, wie die Zona pellucida vom Follikelepithel stammt. Wenn das Epithel kubisch geworden ist, beginnt das Ei sich gleichmäßig nach allen Seiten hin zu vergrößern, ohne seine Eigenschaften zu ändern. Hat das Ei eine bestimmte Größe erreicht, so beginnt durch Apposition die Anlage der Zona pellucida und von nun an vergrößert sich der Vitellus nicht mehr. Nach Bildung der Zona beginnt, und zwar von der Mitte aus, die Entwicklung von Deutoplasma. Die Dotterelemente werden in das Ei auf dem Wege der Diffusion aufgenommen und zunächst vom Protoplasma assimilirt dadurch, dass die Bildung des Deutoplasma in der Mitte beginnt und nach der Peripherie zu fortschreitet, wird das Keimbläschen mechanisch nach der Peripherie zu geschoben. Am Rande des Eies bleibt eine dünne Protoplasmaschicht übrig, in der das Keimbläschen liegt.

III. Das fertige und das reife Eierstocksei.

Unter fertigem Ei versteht der Verf. nach Waldeyer ein Ei, in dem das Protoplasma, so weit das überhaupt geschieht, zu Deutoplasma umgewandelt ist. Reif ist das Ei, indem das Keimbläschen die Richtungskörperchen ausstößt. Letzteres ist erst befruchtungsfähig.

Das fertige Ei, von dem N. die erste naturgetreue Abbildung giebt, bestheht aus:

1) dem Eiepithel (26 μ), welches aus länglichen Zellen, mit feingranulirtem Protoplasma und deutlichem Kern besteht. Die Zellen sind strahlich angeordnet.

2) Der Zona pellucida (20—24 μ). Diese zeigt stets eine radiäre Streifung, welche aber keine Andeutung von Porenkanälchen oder Mikropyle ist, die nach der Ansicht des Verf. beim Menschen nicht vorkommen. Nach dem Dotter zu ist die Grenzlinie der Zona meist glatt, an einzelnen Stellen gezackt.

3) Dem perivitellinen Spaltraum (1,3 μ), der bei allen menschlichen Eiern besteht, da die Zona keine Verbindung mit dem Dotter eingeht.

4) Der äußeren, hellen Randzone (4—6 μ), dem Theil des Protoplasma, der nicht zu Deutoplasma umgewandelt ist.

5) Einer breiteren, feingranulirten Protoplasmazone (10—21 μ), in der noch das Deutoplasma gegenüber dem Protoplasma zurücktritt. Diese Zone ist nur an frischen Eiern sichtbar.

6) Der Deutoplasmazone (82—87 μ), die aus mattglänzenden,

stark lichtbrechenden Krümelchen gröberer und feinerer Natur besteht, und

7) dem Keimbläschen (25—27 μ), welches stets excentrisch außerhalb des Deutoplasma liegt. Nur an gehärteten Präparaten sieht man deutlich ein Kerngerüst mit Knotenpunkten, welche mit dem Keimfleck in Zusammenhang stehen. Letzterer ist amöboiden Gestaltsveränderungen unterworfen.

Beim reifenden Ei nimmt das Keimbläschen undeutliche, unregelmäßige Umrisse an und stößt einen Theil seines Inhaltes aus — die Richtungskörperchen. Jetzt beginnt eine fettige Degeneration des Follikelepithels, in Folge deren das Ei im Discus proligerus gelockert wird. Nun beginnen auch die Luteïnzellen stark zu wuchern; diese sind länglich und mit feinsten Fettkügelchen gefüllt.

An drei reifenden Eiern ist es dem Verf. geglückt im perivitellinen Spaltraum zwei kleine, lichtbrechende Körperchen zu sehen, die er als Richtungskörperchen ansieht.

Es folgen noch einige Bemerkungen über die Ovarien Neugeborner. Dieselben haben eine sehr verschiedene Größe und eine fein granulirte Oberfläche. Die Bildung der Primordialeier ist, wie schon früher betont, beendet.

In vielen Ovarien finden sich Graaf'sche Follikel, genau so, wie beim Erwachsenen. In denselben gelang es N. stets, die Eier in den verschiedensten Entwicklungsstadien zu finden. Kerngerüst, Deutoplasma etc. ist wie beim Erwachsenen vorhanden.

Verf. meint, dass die von anderer Seite als Cysten angesprochenen Gebilde in den Ovarien Neugeborner nichts weiter seien, als Follikel, aus denen Eier und Epithel ausgefallen sind.

Im Hilus der Ovarien bei Neugebornen hat N. außer dem Epoophoron keine Markstränge nachweisen können.

Der Arbeit sind eine Anzahl von Emil Eyrich vorzüglich nach Präparaten ausgeführter Zeichnungen beigegeben.

Langner (Berlin).

---

2) **M. Benedikt** (Wien). Die Elektrotherapie der Gebärmutterkrankheiten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 30.)

Gleichwie Engelmann (cf. Referat in No. 19 dieses Jahrganges) befürwortet B. eine allgemeinere Verwendung der Elektrotherapie in der Gynäkologie. Er hoffe, dass ihr durch die Empfehlung Apostoli's und Spencer Well's schneller als es bisher der Fall gewesen, Eingang verschafft werden wird.

B.'s Vortrag schildert in Kürze die Methode Apostoli's, welche sich auch in verschiedenen Referaten Apostoli'scher Arbeiten in den letzten Jahrgängen dieses Blattes beschrieben findet und im Wesentlichen mit der Engelmann'schen übereinstimmt. Es sei hier nur kurz erwähnt, dass er eine aus Platin gefertigte unpolarisirbare Sondenelektrode in die Gebärmutterhöhle einführt, den zweiten Reophor

auf die mit einer Schicht feuchten Thon bedeckten Bauchdecken applicirt. Letztere hat den Zweck, eine Anätzung zu verhüten. Es sei hier gleich bemerkt, dass B. die Thonschicht durch einen weichen, mit warmem Wasser befeuchteten Leinwandlappen ersetzt.

Apostoli verwendet Ströme bis zu 100—200 Milliampères. Zur Stillung von Blutungen wird die Anode in den Uterus eingeführt. Handelt es sich um Resorption von Geschwülsten, so benutzt Apostoli seine Reophorensonde als Kathode. Kann er mit derselben nicht in die Gebärmutter eindringen, so benutzt er einen solchen, dessen Ende als Trokar gestaltet ist. Dieser wird in die Höhle eingestoßen. B. ersetzt ihn durch die Acupunctur, deren er sich überhaupt oft, besonders bei der Behandlung von Geschwülsten bedient. Als einen Vorzug dieses Verfahrens bezeichnet er es, dass es zu viel längeren Sitzungen verwandt werde, dass ferner jeder Pol der Batterie mittels gabelig getheilter Leitungsschnüre mit mehreren Acupuncturnadeln verbunden werden kann, welche an verschiedenen Stellen der Geschwulst eingestochen werden.

Am Schluss seines Vortrages berichtet B. über den Erfolg der elektrischen Behandlung bei einer an Myofibroma uteri leidenden Pat., d. h. die Apostoli'sche Methode blieb erfolglos. Erst nach einer energischen Kur mittels Dilatation des Uterus, Injektion und Tamponade und gleichzeitiger Einleitung der Elektrolyse mittels Acupunctur trat Besserung ein; die Blutungen hörten auf. Die Geschwulst verkleinerte sich. Nach Aussetzen der Behandlung während längerer Zeit vergrößerte sich der Tumor wieder. Die Behandlung wurde wieder aufgenommen. Mit welchem Erfolg, wird nicht gesagt.

Ob in diesem Falle die vorübergehende Besserung allein Folge der Elektropunctur gewesen, ist fraglich, da gleichzeitig andere, sehr energische therapeutische Maßnahmen getroffen wurden. Dauernd war der Erfolg jedenfalls nicht. Denn nach längerem Aussetzen musste B. die Behandlung wieder aufnehmen, da ein erneutes Wachsthum der Geschwulst sich bemerkbar machte. Eben so erging es Bröse in 2 Fällen (Verhandl. d. Gesellschaft f. Geburtsh. u. Gynäkologie, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. XV. Hft. 1). Die Wirkung scheint also nur eine vorübergehende zu sein. Verdrängen wird daher die Elektrotherapie die operative Behandlung der Myome keinesfalls. Noch weniger wird man dem Ausspruch B.'s zustimmen, auch die elektrolytische Behandlung der Ovarialcysten gehe einer neuen Blütheepoche entgegen. Würde diese wirklich häufiger vorgenommen, so würde das geradezu einen Rückschritt in der Behandlung der Ovarialtumoren bedeuten. Selbst Engelmann, der warme Fürsprecher der Elektrotherapie in der Gynäkologie thut der Verwendung derselben bei diesen Neubildungen mit keinem Wort Erwähnung.

Graefe (Halle a/S.).

3) **O. Minkowski** (Straßburg i. E.). Zur Diagnostik der Abdominaltumoren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 31.)

M. empfiehlt als ein sehr werthvolles, in vielen Fällen geradezu entscheidendes Verfahren für die Erkennung von Abdominaltumoren die Beachtung der Lageveränderungen, welche die Geschwülste in der Bauchhöhle erleiden, einerseits bei Aufblähung des Magens durch Kohlensäure, andererseits bei Anfüllung des Dickdarmes mit Wasser. Es wurde von Prof. Naunyn in der Königsberger und Straßburger med. Klinik bei 110 Abdominaltumoren angewandt und zwar in der Weise, dass zuerst der Magen durch Eingabe von Natr. bicarb. und Acid. tartar. aufgebläht und die veränderte Lage der Geschwulst festgestellt wurde. Nachdem dann die Kohlensäure durch Einführung einer weichen Schlundsonde aus dem Magen möglichst vollständig entfernt war, wurde der Dickdarm mittels des Hegar'schen Trichterapparates unter mäßigem Druck (30—50 cm) mit Wasser angefüllt und jetzt wieder die Lage der Geschwulst und, so weit erkennbar, auch die der angefüllten Darmschlingen konstatirt und in ein Schema eingezeichnet.

Das Resultat der in den Naunyn'schen Kliniken gesammelten Beobachtungen fasst M. ganz allgemein in dem Satz zusammen, dass die Abdominaltumoren bei Anfüllung des Magens oder Darmes dahin auszuweichen pflegen, wo das Organ, welchem sie angehören, unter normalen Verhältnissen gelegen ist. Er beschreibt das Verhalten der Tumoren der Leber, der Gallenblase, der Milz, des Magens, des Dickdarmes, des großen Netzes, der Nieren, des Pankreas und der Ovarien jenem Untersuchungsverfahren gegenüber ausführlich und fügt 2 instruktive schematische Abbildungen bei. In Bezug dieser detaillirten Angaben muss auf das Original verwiesen werden.

Zum Schluss macht Verf. noch auf einige andere Punkte aufmerksam, welche bei der Differentialdiagnose von Unterleibsgeschwülsten wesentliche Dienste leisten können, so die Inspektion der Pat. von der Seite her, wobei sich namentlich die seitlichen Vorwölbungen am Rumpf sehr deutlich bemerkbar machen, bei Tumoren der Leber, bez. Milz an der unteren Thoraxapertur am stärksten, so dass sich die untersten Rippen noch an derselben betheiligen. Bei Nierengeschwülsten sitzt die Hervorwölbung erheblich tiefer, am sichtbarsten in der Lumbargegend. Doch fehlt sie auch oft; ja man findet sogar nicht selten sowohl bei Ren mobilis wie bei Geschwülsten eine abnorme Einsenkung oder wenigstens eine verminderte Resistenz der Weichtheile in dieser Gegend. Fast regelmäßig tritt hier aber nach der Darmeingießung eine deutliche Hervorwölbung in der Lumbargegend ein, welche bei normalen Verhältnissen ausbleibt.

Gute Dienste leistet auch die von Trousseau zuerst erwähnte Palpation der Niere mittels Entgegendrängens derselben durch Druck auf die Lumbargegend.

Schließlich weist M. auf den Werth der respiratorischen Verschiebung von Tumoren hin. Ist man im Zweifel, ob es sich um Leber oder Milz handelt, welche gleichfalls respiratorische Exkursionen zeigen können, so empfiehlt er den Tumor in der Stellung, in welche er bei der Inspiration gerückt ist, von außen her zu fixiren. Ein Lebertumor wird bei der Exspiration mit dem Zwerchfell wieder nach oben gehen. Bei Geschwülsten anderer Organe dagegen gelingt es, sind keine Verwachsungen mit der Leber vorhanden, das exspiratorische Hinaufrücken zu verhindern. **Graefe** (Halle a/S.).

---

4) **Leemans** (Ixelles). Über die Behandlung des Aborts.

(Ann. et Bullet. de la soc. de méd. d'Anvers 1888. März.)

Nachdem Verf. eine kurze Übersicht der Ätiologie der Aborte gegeben, bespricht er die Prophylaxe derselben. Bei vollblütigen, kräftigen Individuen empfiehlt er bei Eintritt der ersten Anzeichen des beginnenden Abortes einen Aderlass von 150—200 g, bei schwächlichen zahlreiche trockene Schröpfköpfe, außerdem reichliche Gaben von Opium per Klysma, außerdem selbstverständlich die gewöhnlichen Verhaltungsmaßregeln: Bettruhe, Sorge für leichten Stuhl etc.

In der Behandlung der nicht mehr aufzuhaltenden Aborte — Verf. hat wesentlich die im 3. und 4. Monat der Gravidität im Auge — schließt L. sich denen an, welche ein aktives Vorgehen, wie es in Deutschland jetz ziemlich allgemein befolgt wird, verwerfen. Die Austreibung der Placenta nach Ausstoßung des Fötus überlässt er der Natur. Um einer Fäulnis der Retenta vorzubeugen, wendet er wiederholte antiseptische intra-uterine Injektionen und zahlreiche Vaginalausspülungen an. Treten Blutungen auf, ersetzt er die lauen Uterusinjektionen durch heiße. Bleiben sie wirkungslos, so greift er zur Tamponade und zwar mit Wattekugeln, welche zuerst in eine antiseptische Lösung getaucht, dann mit Öl, Vaseline oder 2%iger Karbolwachssalbe bestrichen sind. Durch letztere Herrichtung — denn auch die 2%ige Karbolwachssalbe ist keineswegs aseptisch — wird die angestrebte Desinfektion der Tampons illusorisch. Die mit Recht im Laufe der letzten Jahre mehr und mehr zur Tamponade empfohlene Jodoformgaze erwähnt Verf. nicht.

Auch wenn Fäulnis der Placenta, selbst Septikämie eingetreten, fährt L. zunächst mit intra-uterinen, antiseptischen Ausspülungen fort. Erst wenn diese nicht zum Ziele führen, entschließt er sich zur digitalen Entfernung der Placenta. Bedingungsweise bewerkstelligt er sie mit einer Zange oder einer stumpfen Curette. Vor der Verwendung einer scharfen warnt er.

Unbegreiflich ist es Ref., dass L. selbst nach Eintritt der Fäulnis der Placenta, ja selbst bei Septikämie sich immer noch nicht zu einer aktiven Therapie entschließen kann. Es heißt das gegen die Grundsätze der Antisepsis, welche er in seiner Arbeit stets betont, gröblich verstoßen. Schreitet er erst zur Entfernung der Retenta,

nachdem die Sepsis trotz antiseptischer Ausspülungen fortbestanden, so wird mit jener sehr oft nichts mehr zu erreichen sein. Die Pat. wird zu Grunde gehen oder wenigstens an peri- oder parametritischen Processen zu kranken haben.

Nach Ansicht des Ref. gebietet schon der Eintritt stärkerer Blutungen die digitale Entfernung der Placenta. In Narkose der Pat. wird sie nach seinen Erfahrungen stets und unschwer gelingen, wenn man nicht durch unnöthiges Abwarten es dahin kommen lässt, dass der Cervix sich wieder fest zusammenzieht.

Graefe (Halle a/S.).

Kasuistik.

5) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 26. Oktober 1888.

Vorsitzender: Herr Gusserow, Schriftführer: A. Martin.

Nach Verlesung des Antwortschreibens des Magistrats von Berlin, in welchem derselbe sich vorbehält auf die Frage der Errichtung von Wöchnerinnenpflegen näher einzugehen, wird Herr P. Ruge durch Acclamation zum 2. stellvertretenden Vorsitzenden gewählt.

Die Namen der zur Aufnahme vorgeschlagenen Berliner Ärzte werden verlesen.

Herr Wegscheider zeigt seinen Austritt an. Der Vorstand wird der Gesellschaft in Betreff dieses ältesten Mitgliedes und letzten Mitbegründers der Gesellschaft weitere Vorschäge unterbreiten.

I. Demonstration von Präparaten.

Herr J. Veit: Das vorliegende Präparat dürfte wohl eine kurze Demonstration rechtfertigen; es entstammt einer Pat., die mir Herr Löhlein bei seinem Abgange nach Gießen übergab. Dieselbe war einmal entbunden, hatte jetzt im Frühjahr nach längerer Wittwenschaft wieder geheirathet und koncipirte; sie hatte ihre letzte Regel am 15. Mai. Anfangs Juli begann sie stark zu bluten und Mitte August wurde diese Blutung so stark, dass sie einen Arzt zur Auskratzung des Uterus veranlasste, die noch 2mal erfolglos wiederholt wurde.

Anfang September sah Herr Löhlein die Pat. und fand einen leeren Uterus und Tumoren in der Umgebung, derentwegen er ihr genaue Beobachtung und Ruhe verordnete. Am 17. Oktober sah ich die Kranke, die seitdem nur einmal bei Herrn Löhlein gewesen war und fand nun ein eigenthümliches Verhalten der Genitalien. Der Uterus lag vorn und war sicher leer; rechts und hinten von ihm lag ein etwa faustgroßer Tumor, in den deutlich die dicke Tube überging, das Ovarium schien mir darunter zu liegen. Links ergab sich das Bild des Tubenhydrops mit aller Deutlichkeit. Die Deutung des rechtsseitigen Tumors musste Schwierigkeiten unterliegen, weil die eigenthümliche Härte gegen einen Tubenhydrops sprach und andererseits die Annahme eines doppelseitigen Tubenverschlusses sich mit der Schwangerschaft nicht recht vertrug. Am wahrscheinlichsten schien mir die Vermuthung zu sein, dass das Residuum einer Tubenschwangerschaft vorläge. Diese Annahme hat sich bei der Operation am 19. Oktober bestätigt. Die linke Tube war in dem Zustand des charakteristischen Hydrosalpinx, der im Halbkreis das veränderte Ovarium umgab. Rechts beginnt am uterinen Ende der Tube ein in der Entstehung begriffener Hydrosalpinx, der nach dem abdominalen Ende zu in einen großen Sack übergeht, welcher von der Tubenwand selbst gebildet wird und die mit Blut durchsetzte Placenta enthält. Das rechte Ovarium war im Zustand kleincystischer Degeneration. Es lag also vor eine doppelseitige Salpingitis, welche links zu einem Hydrosalpinx geführt hatte, dagegen rechts die Tube zwar durchgängig gelassen hatte, aber das befruchtete Ei nicht mehr passiren ließ, sondern zu einer Tubenschwangerschaft Veranlassung gab. Die

Entwicklung der letzteren verschloss nun dem katarrhalischen Sekret der rechten Tube den Ausgang und es entstand auch hier ein beginnender Hydrosalpinx.

Die Indikation zur Operation gab für mich das Fortbestehen der Blutungen aus dem Uterus und der Eintritt von Schmerzen auf der erkrankten Seite. Die Pat. ist glatt genesen.

Herr E. Cohn demonstrirt zwei durch Kastration gewonnene Ovarien. C. hat die jetzt 23jährige Pat. 2 Jahre behandelt. Sie hat einmal mit 18 Jahren abortirt. Die Beschwerden im Anfang waren heftige Schmerzen und profuse Blutungen. Diagnose damals auf akute Oophoritis dupl. gestellt. Symptomatisch wurde die Auskratzung gemacht. Danach und nach sonstiger geeigneter Behandlung 3 Monate Wohlbefinden. Seitdem wieder Blutungen, beständige Schmerzen. Beide Ovarien vergrößert, namentlich das rechte, welches außerdem fixirt schien. Trotz fortgesetzter Behandlung (Massage wurde auch versucht, einige Male auch Auskratzungen) verschlimmerte sich seit diesem Frühjahr der Zustand zusehends. Die Blutungen von wechselnder Intensität, oft profus, und Schmerzen kontinuirlich, so dass Pat. schließlich einige Monate absolut arbeits- und existenzunfähig — sie ist Maschinennäherin — war.

Daher am 11. August Kastration. Dieselbe bietet technisch nichts Bemerkenswerthes. Es zeigt sich aber, dass es sich nicht um chronisch entzündete, sondern kleincystisch vollkommen degenerirte Ovarien handelt, deren Albugineae wohl stark verdickt, aber nicht von Exsudatmassen bedeckt sind. Makroskopisch normales Ovarialgewebe nicht mehr nachweisbar.

In Bezug auf die Indikation war der Erfolg der Operation gut. Schmerzen und Blutungen sind verschwunden und hat Pat. inzwischen 9 Pfund zugenommen und sieht blühend aus. Aus der Konvalescenz ist noch zu bemerken, dass Pat. die ersten 6 Tage unaufhörlich brach, vom 3. Tage an Ikterus hatte, so dass bei sonst normalen Wund-, Puls- und Temperaturverhältnissen der Zustand nicht klar war. Vom 6. Tage an bei geeigneter Behandlung glatter Verlauf. Es hatte sich herausgestellt, dass Pat. am 2. Tage p. o. während momentaner Abwesenheit der Wärterin die auf dem Abdomen liegende Eisblase geöffnet und das schmutzige Eiswasser getrunken hatte — akuter Magen-Darmkatarrh.

In der 3. Woche — als Pat. entlassen werden sollte — Thrombose der linken Schenkelvene, die längere Zeit zur Heilung brauchte.

Zur Deutung dieses Präparates fragt Herr Bunge, ob Pat. Maschinennäherin sei. Er hat bei diesen Arbeiterinnen auffallend häufig solche Symptome bei Ovarialerkrankungen beobachtet. Auch Herr Czempin hat ähnliche Beobachtungen gemacht und fragt unter Hinweis auf die s. Z. von ihm an dem Material von A. Martin erörterte Erkrankung der Uterusschleimhaut bei Adnexaerkrankungen, welche Veränderungen Herr Cohn in der Uterusschleimhaut bei seiner Pat. gefunden.

Herr Cohn erwiedert, dass seine Pat. allerdings Nähmaschinenarbeiterin sei. Die Uterusschleimhaut fand sich im Zustand hochgradiger diffuser chronischer glandulärer und interstitieller Endometritis.

II. Herr Jaquet: Über die Vererbung von Infektionskrankheiten.

(Der Vortrag wird in der Zeitschrift des Hygienischen Instituts zu Berlin abgedruckt.)

Herr J. Veit: Wir müssen dem Herrn Vortr. für seine Mittheilungen sehr dankbar sein; das Resultat seiner recht mühevollen Untersuchungen, die ja mit allen Kautelen angestellt wurden, zeigt in sich allerdings Verschiedenheiten, aber gerade diese werden wir nunmehr als typisch hinstellen müssen. Mit dem Herrn Vortr. bin ich auch in der Deutung dieses Ergebnisses einverstanden: die intakten Chorionzotten lassen geformte Elemente nicht durchtreten, erst die Entstehung von Verletzungen derselben gestattet den Übergang. Aber es wäre mir sehr interessant zu erfahren, ob es dem Herren Vortr. möglich gewesen ist, wirklich das Vorhandensein derartiger Verletzungen nachzuweisen. Ich habe gelegentlich vorgeschlagen, durch Injektion der fötalen Gefäße diese Entscheidung zu bringen; doch muss es ja auch auf anderem Wege möglich sein. Den Nachweis dieser direkten Grundlage für unsere Deutung würde ich immerhin für recht werthvoll halten.

Herr Jaquet erwiedert, dass er diesen Nachweis nicht versucht habe, da bei den betr. Versuchsthieren die Placenten erfahrungsgemäß sofort abfallen. Er wird nachsehen, ob es noch möglich ist, an den Präparaten dieser Frage näher zu treten.

Herr Carl Ruge: Nochmals möchte ich mit größtem Nachdruck betonen, dass die Versuchsreihen Jaquets mit der größten Vorsicht nach den neuesten Angaben gemacht sind: sie geben uns die festzuhaltende, unumstößliche Thatsache des durch Thierexperiment gelungenen Überganges von Bakterien vom Mutterthier auf die Frucht. Ich bedaure, wenn Erklärungen, auf welchem Wege dieser Übergang geschieht, dadurch, dass sie meiner Meinung nach falsch sind, anscheinend die Thatsache zugleich in ein fragliches Licht stellen. Der Übergang wird nicht erklärt durch den angenommenen subplacentaren Bluterguss bei Ablösung der Placenta, da hierdurch den Bakterien nicht der Weg zum embryonalen Kreislauf eröffnet wird. Es ist ferner nicht richtig, für jeden Fall den histiologischen Nachweis der Übergangsstelle zu verlangen: Die sorgfältigsten Untersuchungen Max Wolffs haben dieselbe nicht geliefert. Der histiologisch negative Befund stellt die Thatsache des unzweideutigen Thierversuches, des bakteriellen Nachweises, nicht in Frage: wir sehen in den vorliegenden mikroskopischen Präparaten die nach der Impfung des Mutterthieres in den Organen des Embryo wiederkehrenden Bakterien.

Herr E. Cohn. Zu der von Herrn Jaquet gestreiften Frage, wie weit sich die Resultate der Thierexperimente auch auf den Menschen übertragen lassen, möchte ich versuchen, einen kleinen Beitrag zu liefern. Es sind in den letzten Jahren einige Fälle veröffentlicht worden von intra-uterinem Erysipel, wo die Kinder mit abschuppender Haut geboren wurden. Der strikte Beweis fehlt ihnen. Auch mein Fall lässt sich nicht mit Mikroskop und Kulturglas anfechtungslos darstellen. Immerhin hat er so viel Wahrscheinlichkeit für sich, dass er an dieser Stelle publicirt werden darf. Ich habe ihn als Assistent an der hiesigen Klinik beobachtet. Im Juni v. J. wurde eins der Hausmädchen mit heftiger Angina auf meine Station verlegt. Sie war im 8. Monat gravida. Am nächsten Tage entwickelte sich von den Lippen aus ein Erysipel, das sich allmählich über die Wange, nach dem linken Ohr und Hinterkopf zog und theilweise bullös wurde. Fieber hoch. Die Herztöne des Kindes, die beobachtet wurden, boten nichts Auffallendes.

Am 8. Tage, als das Erysipel schon im Abblasen war, plötzlich Wehenbeginn. Die Kranke wurde nicht intravaginal untersucht, nur die äußeren Genitalien gereinigt. Nach schneller Geburt erschien die Fruchtblase zwischen den Labien. Nachdem sie hier mit einer Pincette zerrissen, wurde mit den nächsten 2 Wehen ein lebendes nahezu reifes Kind in Hinterhauptslage geboren. (Wochenbettsverlauf glatt.)

Das Kind zeigte nun auffallenderweise eine teigige, ödematöse, stark rothe Schwellung, welche sich etwa 1 cm oberhalb des Superciliarrandes gleichmäßig bis nach den Schläfen und der großen Fontanelle hinzog, von der Umgebung scharf abgegrenzt. Eine ähnliche kleine Geschwulst zeigte die Oberlippe des Kindes. Mit der Geburt hatte jene Geschwulst offenbar nichts zu thun. Es war naheliegend dieselbe als ein mit auf die Welt gebrachtes Erysipel aufzufassen. Fast täglich wurden Partien der Haut abgeschabt und sowohl mikroskopisch als kulturell auf Erysipelkokken untersucht, ohne Erfolg. Nach einigen Tagen blasste die Röthe ab und es stellte sich eine typische Abschuppung ein. Anfangs gedieh das Kind, ging aber in der 3. Woche atrophisch zu Grunde. Ich war sehr erstaunt als Todesursache multiple kleine Abscesse in den Nieren und eitrigen Blasenkatarrh zu finden. Alle anderen Organe waren gesund.

Die Untersuchung der Anfangs erkrankt gewesenen Kopfhaut auf Kokken fiel negativ aus, die der Abscesswandungen fast eben so. Jedenfalls fanden sich keine Erysipelkokken, überhaupt nur vereinzelte Kokken.

Ohne für meine Anschauung den wissenschaftlichen Beweis erbringen zu können, möchte ich den Fall folgendermaßen deuten:

Die Mutter erkrankt, zunächst ohne Schaden für die Frucht. Im Laufe der Erkrankung (des Fiebers etc.) treten Alterationen der placentaren Scheidewände ein (welcher Art wissen wir eben nicht), welche eine Infektion des Fötus zuließen und welche vielleicht auch den Eintritt der Geburt vermittelten. Hier trat die

Geburt so bald nach Infektion des Fötus auf, dass derselbe noch mit floridem Exanthem geboren wurde. Die das Kind tödtende Nierenerkrankung darf wohl als im Anschluss an das Erysipel entstandene, septisch-pyämische Nachkrankheit aufgefasst werden.

Die von Runge, Kaltenbach und Stratz veröffentlichten Fälle werden als intra-uterin abgelaufene Erysipele aufgefasst, obgleich die Kinder erst längere Zeit nach Ablauf der mütterlichen Krankheit geboren wurden und dann erst abschuppten. Wenn Sie der Deutung meines Falles, wie ich sie gegeben, als wahrscheinlich und ohne den Schlussfolgerungen Zwang anzuthun, zustimmen, so darf er zu den Fällen intra-uteriner Infektion gezählt werden und zwar zu den seltensten wohl, wo das im Uterus acquirirte Exanthem noch frisch mit auf die Welt gebracht wurde.

---

6) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

137. Sitzung am 6. Juni 1888.

(Schluss.)

II. Herr Leopold: Über Ventrofixatio uteri.

Herr L. berichtet über mehrere neue Fälle von Aufrichtung der rectoflektirten Gebärmutter und Annähung an der vorderen Bauchwand nach seiner von ihm im Centralblatt angegebenen Methode. In allen Fällen (bisher 8) erfolgte glatte Genesung. Über die Erfolge wird später berichtet werden. (Der Vortrag wird im Centralblatt für Gynäkologie erscheinen.)

Herr Bode möchte das Annähen des Uterus an die Bauchwand gern vermieden wissen und macht den Vorschlag, eine modificirte Alexander-Adam'sche Operation in der Weise auszuführen, dass man nach Laparotomie die Lig. rotunda von innen her verkürze.

Herr Schramm hat bisher 5mal die Ventrofixatio uteri nach verschiedenen Methoden ausgeführt. Bei allen Pat., bei denen ebenfalls glatte Genesung erfolgte, liegt der Uterus in normaler Anteflexion; die Fälle sind aber noch zu frisch, als dass man von einem Erfolge sprechen könnte.

Alsdann erwähnt Herr Schramm ein ihm von Mikulicz mitgetheiltes Verfahren, 2 Peritonealflächen schnell mit einander zu verkleben. Dasselbe besteht darin, dass man die beiden Serosae mit Kollodium bestreiche und nun in innige Berührung mit einander brächte. Ob sich dieses Verfahren auch bei der Operation der Retroflexio uteri anwenden lasse, müssen weitere Erfahrungen lehren.

Herr Klotz. Der Uterus ist in den meisten Fällen so schwer vorn zu fixiren, dass es wohl nie gelingen wird, ihn mittels Kollodium dauernd in der korrigirten Stellung zu erhalten; allein die Schwere des Uterus würde dieses verhindern.

138. Sitzung am 5. Juli 1888.

Vorsitzender: Herr J. Schramm, Schriftführer: Herr Münchmeyer.

Vor Eintritt in die Tagesordnung demonstrirt Herr Schramm einige Präparate.

a) Myoma uteri entfernt durch die vaginale Totalexstirpation. Der kindskopfgroße Uterus enthält ein in der hinteren Wand sitzendes Myom. Die häufig eingetretenen starken Blutungen machten bei der Trägerin desselben, einer 49 Jahre alten Frau, einen operativen Eingriff nothwendig. Auslösung des Uterus in situ mit geringem Blutverlust. Die Herausbeförderung des myomatösen Uterus war mit großen Schwierigkeiten verbunden. Erst nachdem die vordere Wand in Längsrichtung gespalten und die Geschwulst stückweise ausgeschält worden, gelang es den verkleinerten Uterus herauszunehmen. Heilung.

b) Ein total exstirpirter Uterus mit einem erst beginnenden Cervixcarcinom von Haselnussgröße, stammend von einer 66 Jahre alten Pat. Schnelle Genesung.

c) Durch perioophoritische Membranen fest verlöthete Ovarien; in dem einen ein nussgroßes Hämatom. Langjährige heftige Unterleibsbeschwerden in Folge des adhärenten retroflektirten Uterus indicirten die ventrale Fixation, bei welcher die dislocirten und in Membranen eingebetteten Ovarien entfernt wurden. Die 23 Jahre alte Pat. erlangte bald volle Gesundheit.

I. Herr J. Schramm: Über einen Fall von Masern in der Schwangerschaft.

Der Vortr. beobachtete vor kurzer Zeit einen exquisiten Fall von Masern bei einer Schwangeren, dessen Krankheitsverlauf einiges Interesse bietet. Sind doch die Angaben über diese Komplikation bei Weitem noch nicht zahlreich genug in der Litteratur vorhanden, um unsere Kenntnisse über den Einfluss der Maserninfektion auf den Schwangerschaftszustand als abgeschlossen gelten zu lassen. In den meisten Lehrbüchern der Geburtshilfe sind dieser Komplikation nur wenige Worte gewidmet. So erwähnt Spiegelberg kurz das seltene Vorkommen der Masern, wie bei Erwachsenen überhaupt und sagt, sie könnten durch Neigung zur hämorrhagischen Form und durch Hinzutritt einer Pneumonie bedrohlich werden. Richtet man sich nach der spärlichen Ausbeute in der Litteratur, so scheinen Schwangere und Wöchnerinnen häufiger an Scharlach als an Masern zu erkranken. Die akuten Exantheme haben auf den Schwangerschaftsverlauf einen störenden Einfluss und können gefährlich werden, wenn sie einige Tage nach der Entbindung auftreten, wie dies Underhill aus 16 gesammelten Masernfällen gefunden. Dass die Gravidität dadurch eine Unterbrechung erfährt, zeigt auch der nachstehende Fall. J. R., 22 Jahre alt, kräftiges gesundes Mädchen, im 8. Monat der Schwangerschaft schlief mit einem maserkranken Kinde in einem Zimmer. Am 27. Mai 1888 erkrankte sie mit Husten, Lichtscheu, Kopf- und Kreuzschmerzen. Tags darauf Ausbruch des Exanthems, das, im Gesicht besonders stark auftretend, sich über den ganzen Körper verbreitete. Husten sehr krupös bellend, beginnende Stenose, Athem erschwert, Gaumen fleckig geröthet, Lichtscheu, Conjunctivitis. Am 1. Juni, bei ihrer Aufnahme auf die gynäkologische Station, Temp. 38,4. Den folgenden Tag sinkt die Temperatur zur Norm, Athmung noch erschwert, Exanthem auf dem Höhepunkt. Nachmittags stellten sich leichte Wehen ein, dazwischen längere Zeit aussetzend, nach Blasensprengung kräftigere Wehen, die jedoch den Kopf nicht auszutreiben vermochten. Kopf im Beckenausgang. Nachlass der Wehen. Athmung wegen der Stenose sehr behindert. Nachts $1/_2$12 Uhr Anlegung der Zange und Entwicklung eines schwächlichen Kindes. Dasselbe schreit selten, künstliche Athmung; Haut völlig rein. Nach 2 Stunden starb das lebensschwache Kind, nachdem aus der Nabelschnur noch eine geringe Blutung erfolgt war. In den ersten Tagen des Wochenbettes leidliches Befinden der Pat. Sehr reichliche blutige Lochien, starker Schweiß; Athembeschwerden nachgelassen. Temp. 38,5. Das Exanthem blasst ab. Die Fieberbewegung hält noch einige Tage an und erreichte am 15. Juni 40,5. Rechtes Ohr eitert stark. Otitis media und Perforation des rechten Trommelfelles. Nach entsprechender Behandlung (Antipyrin, tägliche Einblasungen von Borsäure) sinkt die Temperatur allmählich zur Norm herab. Am 29. Juni verließ Pat. das Bett. Bemerkenswerth ist in diesem Fall die Schwangerschaftsunterbrechung durch das Maserngift, welches hier auf das Kind nicht übertragen wurde, so wie die Wehenschwäche.

Herr Grenser glaubt, dass man nicht annehmen dürfe, Masern würden weniger oft im Puerperium beobachtet, als Scharlach, vielmehr wohl umgekehrt. Dass über Masern weniger in der Litteratur gefunden würde, habe wohl seinen Grund in der leichten Beurtheilung der genannten Erkrankung; er selbst habe 2 Fälle von Masern im Wochenbett beobachtet, die beide einen durchaus guten Verlauf nahmen.

Herr Leopold beobachtete 2 derartige Fälle, bei denen die Masern auf das Kind, in dem einen 2 Tage post partum übertragen wurden.

II. Herr Leopold demonstrirt mehrere durch Operation gewonnene Präparate:

1) ein Hämatosalpinx und Hämatovarium der rechten Seite;

2) Carcinom des rechten Ovarium und der rechten Tube von Kindskopfgröße;

3) ein fast mannskopfgroßes Myom der vorderen Wand von einer hochgradig Anämischen;

4) eine einkammerige Parovarialcyste aus dem Bauchfellüberzug ganz ausschälbar;

5) durch Kastration gewonnene Ovarien.

7) **Protopopow.** Zerreißung einer Eierstockscyste nach einer Verletzung.

(Protokoll der Sitzung der Landschaftsärzte zu Kursk 1888.)

Die 57jährige Kranke hat vor vielen Jahren ein Kind geboren, seit 5 Jahren verlor sie die Regeln. Vor 2 Jahren fing sie an an Schmerzen im Leibe und im linken Bein zu leiden, der Leib wurde größer. Die konsultirten Ärzte stellten die Diagnose auf Ovarialcyste und schlugen die Operation vor, worauf die Kranke indess nicht einging.

Bei Abnahme eines warmen Stiefels (wie man sie in Russland im Winter trägt) fiel sie auf die linke Seite: sogleich fühlte sie heftige Schmerzen im Leibe und der linken Hinterbacke, am folgenden Tage begann das linke Bein anzuschwellen und der Leib kleiner zu werden, außerdem Stuhlverhaltung, weißer Fluss und starke Vermehrung der Harnabsonderung.

Bei der Untersuchung der sehr anämischen Kranken fand sich die linke Unterextremität nebst den linken Nates bedeutend angeschwollen; der Fingerdruck ließ eine Grube zurück. Die Haut des Leibes faltig wie nach einer Schwangerschaft, bei tiefem Eindruck fühlt man links in der Inguinalgegend eine teigige, nicht begrenzte Anschwellung. Der Perkussionston des Leibes ist mit Ausnahme dieser Stelle überall tympanitisch. Die atrophirte Portio vaginalis steht hoch. Die Scheide nach oben gezogen und so fixirt; ihre linke Seite ist ödematös infiltrirt.

Verf. nimmt an, dass in diesem Falle die Eierstocksgeschwulst in Folge des Falles zerriss, und dass der Inhalt, da der Riss an der Stelle erfolgte, wo die Cyste nicht vom Bauchfell bedeckt war, sich in das Zellgewebe des Cavi pelvis rectalis superiores sinistri (Richet) ergoss und von da durch das Foramen ischiadicum majus in das Zellgewebe zwischen den Muskeln des linken Beines eindrang. Der Mangel jeder Reaktion von Seiten des Organismus bei so bedeutender Aufsaugung von Flüssigkeit, wie dies durch die verstärkte Urinabsonderung bewiesen wird, spricht für Intraligamentarcyste.

Unter der eingeschlagenen Behandlung (warme Bäder, Massage und Kalium jodatum) verschwand die Anschwellung des Beines, zugleich wurde aber der Perkussionston zwischen Nabel und Symphyse dumpf, und schon einen Monat später konnte wieder eine elastische fluktuirende, wenig bewegliche Geschwulst an der linken Seite des Bauches gefühlt werden, nach Ansicht des Verf.s ein Beweis dafür, dass sich die Cyste wieder zu füllen begonnen. **Reimann** (Kiew).

8) **William Japp Sinclair** (Manchester). Über vaginale Hysterektomie bei Krebs.

(Separatabdruck aus Med. chron. 1888. Februar.)

S. theilt 6 Fälle von vaginaler Hysterektomie wegen Krebs eingehend mit und knüpft daran eine Besprechung der Operation.

Der erste Fall, nach der von Haidlen beschriebenen Methode operirt, verlief ungünstig, die Frau ging an akuter Sepsis zu Grunde; eben so der zweite, nach Fritsch operirt, bei welchem der linke Ureter mit entfernt worden war. In dem dritten Fall zeigte sich das Gewebe derart brüchig, dass es unmöglich war, oberhalb der Höhe des inneren Muttermundes Ligaturen anzulegen. Der Verlauf war zunächst günstig, doch starb die Frau nach einigen Monaten. Die drei letzten Operationen, bei welchen die Gebärmutter nicht umgeklappt wurde, verliefen günstig. **Engelmann** (Kreuznach).

9) **Riedel** (Jena). Über den zungenförmigen Fortsatz des rechten Leberlappens und seine pathognostische Bedeutung für die Erkrankung der Gallenblase nebst Bemerkungen über Gallensteinoperationen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 29.)

R. berichtet in seinem interessanten Aufsatz zunächst über 6 Fälle, in welchen sich ein zungenförmiger Fortsatz des rechten Leberlappens bei gleichzeitigem Vor-

handensein einer Gallenblasengeschwulst fand. In 2 derselben war letztere nicht palpabel.

Da der erwähnte zungenförmige Fortsatz bisher nur bei Frauen beobachtet wurde, so hält es R. für sehr wohl möglich, dass er zu Anfang durch Schnürung entsteht. Er glaubt aber, dass seine weitere Vergrößerung durch andere Momente bewirkt wird, nämlich durch Zug der sich vergrößernden Geschwulst an der Leber, mit welcher sie an umschriebener Stelle verwachsen ist. Hierfür spricht, dass der Lappen nach Entleerung der Gallenblase sehr schnell schrumpft, so dass er nach einigen Monaten ganz verschwunden ist; ferner die Beobachtung, dass sich ein ähnlicher Fortsatz bildet, wenn anderweitige entzündliche Geschwülste an circumscripter Stelle mit der Leber verwachsen. Ein solcher Fall wird im Original mitgetheilt.

In diagnostischer Hinsicht ist der Leberfortsatz von großer Wichtigkeit für jene Fälle, wo sich Erscheinungen eines Gallenblasenleidens zeigen, ohne dass man eine Geschwulst fühlt. Ist das Abdomen unter dem Fortsatz spontan oder auf Druck schmerzhaft, bestanden Symptome von Gallenblasenentzündung resp. von Gallensteinkoliken oder traten wiederholt schwere Anfälle von Erbrechen auf, so deutet er auf eine unterliegende Gallenblasengeschwulst hin. Fehlen jene Erscheinungen, so ist er ohne diagnostischen Werth. Es kann sich dann um einen einfachen Schnürlappen handeln, welcher ja auch Störungen macht, die freilich nur entfernte Ähnlichkeit mit Gallensteinkoliken haben. Außer Schnürlappen giebt es aber noch andere Anomalien an Gallenblase und Leber, welche noch wenig bekannt sind. Über 2 derartige Fälle berichtet Verf. Bei der einen Kranken fand sich in der unter einem Schnürlappen verborgenen Gallenblase eingedickte Galle, im anderen ein dunkelblaurother, an seiner Spitze mit der vorderen Bauchwand verwachsener gewaltiger Leberfortsatz. Die Incision der Gallenblase gelang hier nicht. In einem dritten Fall handelte es sich wahrscheinlich um eine maligne Neubildung der Gallenblase. Bei 4 weiteren fehlte der besprochene Leberfortsatz. Es handelte sich um steinhaltige Gallenblasentumoren, wie in den ersten 6 Fällen, gleichfalls bei Frauen.

Von diesen 10 Fällen waren nur 2 mit Ikterus verlaufen; eine dritte Kranke hatte einige Zeit farblose Stühle gehabt. Hier hatte also eine zeitweise Verstopfung des Ductus choledochus stattgefunden, während es sich in den übrigen 7 Fällen um reine Gallenblasenentzündungen, 6mal durch Steine verursacht, handelte.

R. wählte stets die zweizeitige Operation, welche er ihrer Gefahrlosigkeit wegen der einzeitigen vorzieht. Alle 10 Kranke genasen; 7 wurden definitiv geheilt; eine geht der definitiven Heilung entgegen; 2 behielten eine, aber nur wenig secernirende Fistel, trotz deren sich die Pat. sehr wohl befinden. Energisch spricht sich R. gegen die Fortnahme der Gallenblase aus, da diese nach Entleerung der Steine wieder gesund wird. Treten Recidive auf, so ist es leicht, der alten Narbe nachzugehen und die Steine zu entfernen. Indicirt erscheint die Exstirpation der Gallenblase nur dann, wenn nach der Incision dauernd eine stark secernirende Fistel bleibt. **Graefe** (Halle a/S.).

10) **P. Grawitz** (Greifswald). Über plötzliche Todesfälle im Säuglingsalter.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 22.)

G. hat bei 2 Kindern die Sektion gemacht, einem 8- und einem 6monatlichen, welche plötzlich, ohne dass irgend welche Krankheitserscheinungen vorausgegangen wären, verstorben waren. Bei beiden fand sich, abgesehen von den beim Erstickungstode gewöhnlich vorkommenden Befunden, eine sehr erheblich vergrößerte Thymusdrüse. Auf sie glaubt er den plötzlichen Tod der Kinder zurückführen zu müssen.

Die Angaben in der Litteratur über ähnliche Fälle sind wenig zahlreich. Friedleben (Die Physiologie der Thymusdrüsen in Gesundheit und Krankheit, 1858) berichtet über einige, welche sogar auffallend mit denen G.'s übereinstimmen, er ist aber der Ansicht, dass die Thymusvergrößerungen ganz ohne Bedeutung seien. Dagegen spricht sich Virchow (II. Band der Geschwülste, 1865) im Sinne G.'s aus.

Mit Recht macht G. auf die forensische Bedeutung solcher Fälle aufmerksam. In dem ersten von ihm beschriebenen Fall hatte man den Verdacht, das Kind, welches neben dem Bett des Dienstmädchens schlief, sei durch die über den Mund gezogene Federdecke erstickt. Jene wurde desshalb wegen fahrlässiger Tödtung in Anklage versetzt. **Graefe** (Halle a/S.).

11) **O. Tross** (Greifswald). Über einen Fall von Melaena neonatorum.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 22.)

Bei einem in normaler Lage und leicht geborenen Kinde trat 24 Stunden post part. Melaena ein. Am folgenden Tage schien der Zustand hoffnungslos. Das Kind bot die Anzeichen hochgradigster akuter Anämie. Trotzdem gab T. die Hoffnung nicht auf, es am Leben zu erhalten. Henoch's Vorschriften gemäß wurde subkutan Kampherbenzoelösung (0,05) und Ergotin (0,05) injicirt, der Kopf tief gelagert, die mit Watte umgebenen Extremitäten von der Peripherie her gewickelt, eine Eisblase auf das Abdomen gelegt, Liq. ferr. sesquichlor. in Eismilch gegeben. Noch am Abend desselben Tages erhielt das Kind Eiweißwasser (1 Eiweiß auf $^1/_4$ Liter abgekochtes Wasser), welches es gierig zu sich nahm. Am folgenden trank es gut bei der Mutter. Mit der oben angegebenen Ordination wurde noch 2 Tage fortgefahren. Ergotin erhielt das Kind im Ganzen 0,4. Es wurde fortgelassen, als am 4. Tag nach der ersten Injektion Hände und Füße anfingen, sich in Fetzen zu schälen, da T. hierin die ersten Zeichen einer beginnenden Ergotinintoxikation sah. Für die Richtigkeit dieser Befürchtung spricht auch der Umstand, dass eine auffallende Blässe der Finger- und Zehennägel über 11 Tage anhielt.

T. nimmt an, dass das Ergotin eben so wie auf die kleinsten Gefäße der Extremitäten auch auf die des Darmtractus gewirkt und so zur Blutstillung beigetragen habe. Da das Kind genas, so empfiehlt er auf Grund dieses Erfolges die von Henoch in seinem Lehrbuch angegebene Therapie selbst für anscheinend hoffnungslose Fälle aufs wärmste. **Graefe** (Halle a/S.).

12) **W. Hesse** (Schwarzenberg). Dampfsterilisirungsapparat für Laboratorium und Küche insbesondere zur Sterilisirung von Kindermilch und zur Herstellung von Konserven.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 22.)

Der H.'sche Apparat besteht aus einem gusseisernen, innen und außen emaillirten, mit Wasserstandsglasrohr versehenen Kochtopf, welcher in den Herd eingehängt wird. Sein oberer Rand stellt eine Rinne dar, die zum Einstellen eines zur Aufnahme von 7 Konservegläsern (Gummiring, aufzuschraubender Metalldeckel) bestimmten Aufsatzes dient, so wie zur Herstellung eines Wasserverschlusses zwischen beiden Gefäßen. Der Aufsatz selbst trägt wieder eine gleiche Rinne, in die ein weiterer gestellt werden kann u. s. f. Auf den letzten kommt ein trichterförmiger, in der Mitte mit einer Öffnung versehener Deckel. Jeder Aufsatz hat einen Rost, auf welchen die Konservegläser gestellt werden.

Soll der Apparat in Gebrauch genommen werden, so wird zuerst der Kochtopf (10 Liter) mit Wasser gefüllt, dann seine Rinne und die der Aufsätze. Ein 2stündiges Kochen genügt zum Sterilisiren des Inhaltes der in den Aufsätzen enthaltenen Konservengläser. H. hat dies wiederholt bei Übereinanderstellen von 5 Aufsätzen erreicht.

Der H.'sche Apparat wird (Klempner W. H. Lenk in Niederschlema, Sachsen) für 30 Mark geliefert. Vor dem bekannten Soxleth'schen hat er den Vorzug, dass er nicht nur zur Sterilisirung von Kindermilch, sondern auch anderer Konserven benutzt werden kann. **Graefe** (Halle a/S.).

13) **A. Koettnitz** (Zeitz). Über Peptonurie in der Schwangerschaft.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 30.)

K. nimmt auf Grund dreier von ihm beobachteter Fälle und zahlreicher bei denselben angestellter Harnuntersuchungen an, dass Peptonurie ein sicheres Kriterium für den Tod der Frucht sei. Allen dreien war das Auftreten von Pepton im Harn, später gefolgt von der Ausstoßung eines todten Eies, gemeinsam.

Es ist bekannt, dass Peptonurie bei allen den Affektionen zu finden ist, bei welchen Eiweißkörper (Leukocyten) zum Zerfall kommen und resorbirt werden. Die Bedingungen für diese Vorgänge sind nach dem Tode der Frucht im Uterus gegeben. Schon das Fruchtwasser an sich enthält Eiweißstoffe; die Frucht ist als eine kompakte Eiweißmasse, die von dem alkalischen Fruchtwasser zerlaugt und macerirt wird, zu betrachten; auch die Placenta wird in Mitleidenschaft gezogen: es finden Degenerations- und Resorptionsvorgänge statt.

Konnte K. in den erwähnten 3 Fällen, von denen einer ganz besonderes Interesse dadurch bietet, dass die Kreißende an Trismus und Tetanus erkrankte und post part. verstarb (ausführliche Krankengeschichte im Original mit Hinzufügung eines Falles von Trismus und Tetanus post abort.), stets Pepton im Urin nachweisen, so gelang ihm dies bei normaler Schwangerschaft nie, eben so wenig bei einer an chronischer Nephritis leidenden Gravida. Auch bei einer IXgravida, welche im 6. Monat, nachdem wiederholt Blutungen vorausgegangen waren, mit lebenden Zwillingen niederkam, fand sich trotz häufiger Harnuntersuchungen kein Pepton.

Ist die Zahl der von K. gemachten Beobachtungen auch nur eine geringe, so kann man doch nicht leugnen, dass die von ihm aus jenen gezogenen Schlüsse viel Wahrscheinliches haben. Es ist daher wünschenswerth, dass seine Untersuchungen von anderer Seite aufgenommen und an einem größeren Materiale geprüft werden. Bestätigen sich K.'s Beobachtungen, so wäre in der Peptonurie ein sicheres Kriterium für den Tod der Frucht, selbst in frühen Monaten, welches hier noch gänzlich fehlte, gefunden. **Graefe** (Halle a/S.).

14) **G. Takahasi** (Straßburg). Untersuchungen über die Entstehung der Cysten der Scheide.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 23.)

T. konnte unter 6 von ihm im pathologischen Institut zu Straßburg untersuchten menschlichen Vaginen nur 2mal follikelartige Bildungen, niemals aber Drüsen oder drüsenartige Gebilde finden. Betreffs der ersteren lässt er es dahingestellt, ob es sich um normale Lymphfollikel oder pathologische Neubildungen gehandelt, da gleichzeitig ein entzündlicher Zustand der Schleimhaut vorhanden war.

Ferner hat T. 5 Leichenpräparaten entnommene Scheidencysten untersucht. Ihre Größe variirte zwischen der eines Stecknadelkopfes und der einer Walnuss. In einem Fall handelte es sich um multiple Cystchen. Diese stimmten mit der von Winckel beschriebenen Colpohyperplasia cystica überein. Nur besaßen sie nicht, wie Winckel es beschrieben, eine eigenartige Wand und ein regelmäßiges, kleinzelliges Pflasterepithel oder Endothel mit glatter Fläche. In 4 Fällen fanden sich die Cysten im unteren Theil der Scheide. Einmal handelte es sich um eine angeborene Cyste. Eine eigentliche Wand fehlte allen. Gelegen waren sie entweder ganz in der Mucosa oder schon in der Muscularis. Die Innenfläche war mit Schichten von Epithelzellen überzogen und zwar hatte es in 2 Fällen eine große Ähnlichkeit mit dem der Scheidenschleimhaut. Für diese nimmt T. daher eine Entstehung durch Verklebung von Falten der Scheidenschleimhaut an, eine Erklärung, welche sich für die in der Muscularis sitzenden Cysten nicht verwerthen lässt.

Mit Sicherheit ließ sich der Ursprung der Cysten nachweisen, deren Innenfläche keinen Epithelialüberzug trug, sondern in denen sich beliebige Zellenhaufen fanden. Hier konnte T. die oben erwähnten, follikelartigen Gebilde nachweisen. Ihre Größe war sehr verschieden; die größten zeigten im Inneren bereits Höhlenbildung.

Im Allgemeinen bekennt sich Verf. zu der jetzt wohl ziemlich allseitig anerkannten Ansicht, dass die Entstehung der Scheidencysten eine sehr verschiedenartige sein kann. **Graefe** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 49. Sonnabend, den 8. December. 1888.

I. Zur Entfernung submucöser Myome durch die Laparotomie.

Von

Dr. H. W. Freund (Straßburg i/E.).

Submucöse im Corpus uteri entwickelte Myome hat Martin zuerst durch die Laparotomie entfernt. Da nur wenige ähnliche Fälle von anderer Seite bekannt gegeben worden sind, so dürfte die Mittheilung eines kürzlich in der Straßburger Frauenklinik zur Operation gelangten Falles, der technisch gewisse Schwierigkeiten bot, von Interesse sein.

Er betraf eine 45jährige Frau, die niemals ernstlicher krank gewesen war. Die Regel hatte sie seit ihrem 12. Jahr alle 4 Wochen ziemlich profus. Im ersten Jahr ihrer Ehe — vor 6 Jahren — gebar sie nach langdauernder harter Geburtsarbeit spontan ein lebendes Kind. Wegen einer starken Hämorrhagie in der dritten Geburtsperiode musste die Nachgeburt »geholt« werden, im Wochenbett bestanden aber noch 6 Wochen lang starke Blutungen fort. Seitdem ist auch die Regel noch profuser als früher, und in den letzten 3 Monaten derartig, dass Pat. rasch an Gewicht und Kräften verlor; schließlich konnte sie vor Schwäche nicht mehr arbeiten, sich überhaupt kaum aufrecht halten. In derselben Zeit schwoll auch der Leib stark an. Der Ausfluss, an dem Pat. seit 4 Jahren litt, wurde abundant und höchst übelriechend. Schmerzen bestanden im Allgemeinen nicht; nur während der Dauer der Blutungen traten heftige, schmerzhafte Wehen auf. Auch ein mäßiger Grad von Ischurie machte sich bemerklich. In diesem Zustand trat Pat. am 8. Oktober 1888 in die Straßburger Frauenklinik ein. Hier konstatirte man bei der sehr anämischen, nicht fiebernden Kranken das Bestehen eines bis zum Nabel reichenden Tumors von der Figur und Konsistenz eines im 6. Mo-

nat schwangeren Uterus. Dass es der Uterus war, ließ sich aus den deutlich nachweisbaren hoch oben von der linken Kante des Tumors abgehenden Anhängen schon bei der äußeren Untersuchung feststellen. Schwangerschaft konnte beim Fehlen von Herztönen und Kindestheilen ausgeschlossen werden. Die in Narkose vorgenommene innere Untersuchung ergab:

Reichlicher fötider, gelbbrauner Ausfluss aus dem Uterus. Schleimhaut der Genitalien leicht livid verfärbt. Scheide schlaff und weit. Cervix fast fingerlang, sehr dick und derb, nicht gravider Konsistenz; er ist für einen Finger durchgängig, eben so der innere Muttermund. In der offenbar sehr stark erweiterten Uterinhöhle kann man den unteren, breiten Pol eines großen, soliden, höckrigen Tumors betasten, der mehr von der rechten Fundusseite herunterzuhängen scheint. Die freien Kanten des Gewächses kann man mit der Sonde ein gutes Stück nach oben hin verfolgen. Ein Stiel ist nicht zu konstatiren.

Diagnose: Submucöses Myom, vielleicht in maligner Degeneration begriffen.

Dass die Entfernung der Geschwulst indicirt war, bedarf nach dem eben Mitgetheilten keiner näheren Begründung. Es handelte sich nur darum, wie man vorzugehen hätte.

Die gewöhnliche Methode der Entfernung submucöser Myome per vias naturales konnte sowohl wegen der bedeutenden Größe und der breiten Implantation des hoch im Fundus sitzenden Tumors, als ganz besonders wegen der Länge, Dicke und Unnachgiebigkeit des Cervix gar nicht in Frage kommen. Aber auch bei der somit zu wählenden Laparotomie waren noch zwei Wege gangbar: entweder die supravaginale Amputation der Gebärmutter sammt dem darin befindlichen Gewächse, oder die Eröffnung des Uterus, Herausnahme ihres Inhalts, Vernähung und Erhaltung der Gebärmutter.

Da die entscheidende Wahl einer dieser Methoden nur von dem gut- oder bösartigen Charakter der Geschwulst abhängen konnte, wurde beschlossen, die Operation mit der Incision des Uterus zu beginnen und sie je nach dem direkten Befunde in der einen oder der anderen Weise zu Ende zu führen. Damit man sich aber bei der Entscheidung dieser wichtigen Frage auf eine sichere histologische Diagnose stützen könnte, wurde Herr Professor v. Recklinghausen gebeten, bei der Operation zugegen zu sein, was derselbe auch bereitwillig that.

Operation am 13. Okt. 88. Schnitt in der Linea alba vom Nabel bis 3 Querfinger über die Symphyse. (Harnblase stark in die Höhe gezogen.) Bauchdecken fettreich, wenig blutend; Muskeln kräftig, nicht verzogen. Peritoneum zart, nirgends adhärent. Kein Ascites. Der Uterus lässt sich erst herauswälzen, nachdem der Schnitt noch über den Nabel hinaus verlängert worden; er hat genau die Größe und Farbe eines im 6. Monat schwangeren. Die beiderseitigen Adnexe sind normal, ihre zugehörigen Lymphgefäße sind bedeutend ektasirt und prominiren als taubeneigroße, transparente, gelbliche Tumoren. Nachdem ein Gummischlauch um den Cervix gelegt worden, wird die vordere Uteruswand wie beim Kaiserschnitt incidirt; wie bei einem solchen blutet sich der Uterus reichlich aus. Man kommt aber nicht in die freie Uterushöhle, sondern offenbar direkt in den submucösen Tumor hinein; auch beim Eingehen mit der Hand kann man nicht an das untere Tumorende gelangen. Unter solchen Umständen wird der Tumor mit Doppelhaken von unten nach oben aus dem Uterus herausgezogen; dabei spannt sich eine dicke von der rechten Corpuswand auf die Tumoroberfläche übergehende Schleimhautfalte an. Nach der Durchtrennung derselben gelangt man sofort ins Cavum uteri, kann den unteren Pol der Geschwulst umgreifen und diese unter Anwendung mäßiger Gewalt aus dem Fundus, in welchem sie breitbasig sitzt, manuell ausschälen. Prof. v. Recklinghausen erkennt sie als ein Fibromyom ohne maligne Entartung. Daraufhin soll, wenn möglich, der Uterus erhalten werden.

Es zeigt sich nun, dass noch ein zweiter intra-uteriner Tumor vorhanden ist und zwar flächenhafter entwickelt, platter als der erste, fast eben so voluminös wie jener, in der hinteren und linksseitlichen Funduswand sitzend. Er lässt sich manuell ausschälen und erweist sich wiederum als reines Fibromyom.

Der entleerte Uterus hat nun folgendes Aussehen. Der Fundus ist stark er-

weitert und besitzt eine beträchtlich verdickte Muskulatur. Etwas über der halben Uterushöhe sieht man an der hinteren Innenwand eine quer verlaufende, mäßig tief eingesenkte Furche; unterhalb derselben ist die Uteruswand allenthalben erheblich verdünnt, viel schlaffer, als im Fundus, ganz so geartet, wie das untere Segment des schwangeren Uterus. Die ganze Schleimhaut ist verdickt, im Allgemeinen gelblich-weiß, trägt aber massenhaft sugillirte Stellen, so dass sie ein scheckiges Aussehen hat. An der beschriebenen Horizontalfurche der hinteren Wand sitzt sie fester, als anderwärts; oberhalb derselben ist sie größtentheils von der Muskulatur abgelöst, sie hängt daher in einigen schlaffen Falten in das »untere Segment« hinein.

Zunächst wird nun die Uteruswand überall da, wo die Tumoren aufsaßen, umgekrempelt und mit einer Cooper'schen Schere geglättet, wobei kleine fibröse Einsprengungen entfernt werden. Anderweitige submucöse Tumorbildungen kommen nicht zum Vorschein. Dann wird die abgelöste Schleimhaut durch feine Seidennähte an die Uterusinnenfläche genäht, da aber zu befürchten steht, dass sich hinter ihr Taschen bilden könnten, in denen sich Blut und Sekret ansammeln würde, so werden zwei in Jodoformäther imprägnirte, aseptische Dochte zwischen Mucosa und Uteruswand eingelegt und durch ein in letztere geschnittenes Loch ins Cavum uteri und von da in die Scheide geleitet. Nachdem dann der ganze Uterus wieder mit Schleimhaut austapeziert worden, wird er mit Sublimatschwämmen gründlich desinficirt und mit Jodoformgaze ausgestopft, die man wieder durch den Cervix in die Scheide führt.

Nunmehr rasche Naht des Uterus mit tiefgreifenden Seidennähten und seroserösen, nach Schultze angelegten, feinen Zwischennähten.

Schon nach seiner Entleerung hat sich der Uterus gut zusammengezogen und bleibt es bis zum Ende der Operation. — Ein pflaumengroßes, in der vorderen Corpuswand sitzendes Myoma subseros. wird jetzt noch rasch enucleirt. (Horizontalincision des Peritoneum, stumpfe Entfernung, Naht.)

Nach der Lösung des Schlauches zieht sich der Uterus beim Bedecken mit heißen Schwämmen noch kräftiger zusammen; nur zwei Stichkanäle bluten und werden umstochen. Toilette des Peritoneum. Das große Netz wird über den Uterus gebreitet. Bauchwunde rasch geschlossen. Druckverband. Dauer der Operation $1^3/_4$ Stunden.

Die Heilung erfolgte ohne jeden Zwischenfall. In den ersten 24 Stunden nach der Operation erfolgten kräftige, typische Uteruskontraktionen, deren Resultat nicht nur eine reichliche Sekretion längs der eingelegten Drains, sondern auch die spontane Ausstoßung des großen in den Uterus eingeführten Jodoformgazebausches war. Ja selbst die hinter die Uterusschleimhaut gelegten Dochte wurden am Morgen des dritten Tages ausgestoßen im Cervix gefunden und entfernt. In der Folgezeit entleerten sich täglich reichliche Mengen einer serösen, geruchlosen Flüssigkeit aus der Gebärmutter, doch war nie auch nur der kleinste Schleimhautfetzen darin zu finden. — Die Bauchwunde heilte per primam. — Bei der Entlassung, genau 4 Wochen nach der Operation, fand man: geringe geruchlose, schleimige Sekretion. Cervix geschlossen. Uterus antevertirt, ohne Schmerzen beweglich; sein Fundus überragt die Symphyse nur noch um einen Querfinger. Die Seitentheile und der Douglas sind frei. Die Frau hat sich langsam erholt und ist noch anämisch; ihr subjektives Befinden ist aber vortrefflich. — —

Die genaue Untersuchung der Tumoren durch Herrn Prof. v. Recklinghausen ergab: Gesammtgewicht der Tumoren 1520 g, der eine ist kugel-, der andere schalenförmig. Fibröses, an einigen Stellen ganz schwammiges Gewebe. Auf dem Durchschnitt einige derbere Knoten, welche gewöhnlichen Myomknoten gleichen; das meiste Gewebe aber ist fein porös, lässt viel seröse Flüssigkeit austreten und erscheint durchsichtig (weiches Fibrom). Diagnose: weiches Fibrom mit cystischen Höhlen, an denen keine besondere Wand, kaum Endothelzellen, deren Entstehung durch Ektasie von Lymphgefäßen nicht nachzuweisen ist.

Der mitgetheilte Fall zeigt, dass die Martin'sche Methode bei großen, multiplen, nicht gestielten, tief in die Uteruswand hineinreichenden Myomen mit Er-

folg angewendet werden kann. Mit Zuhilfenahme der elastischen Ligatur ist der Eingriff ein fast unblutiger; überstanden wird er etwa wie ein Kaiserschnitt am Ende der Schwangerschaft. Dass die Verjauchung der Tumoren diese Operation nicht kontraindicirt, beweist der obige Fall, wie der von Martin und von Hager. Bemerkenswerth ist die dabei konstatirte geringe Veränderung der Uterusschleimhaut und noch mehr ihre große Resistenz und Lebensfähigkeit. Trotzdem sie in großer Ausdehnung abgelöst gewesen, ist sie offenbar wieder angeheilt; nicht das kleinste Stückchen hat sich während eines Monats abgestoßen. Dazu hat außer der Annähung ohne Zweifel die neue Art der ausgiebig durchgeführten Drainage nicht wenig beigetragen.

II. Über plastische Operationen in der Scheide.

Von

Heinrich Fritsch.

Die Mittheilung des Kollegen Sänger in No. 47 d. Bl. regt mich zu einer Äußerung in der von ihm behandelten Frage an.

Auch ich habe seit mehreren Jahren die plastischen Operationen stets mit Lappenbildung ausgeführt. Ehe man allerdings nicht jahrelang probirt, die Resultate verglichen und weiter verfolgt hat, kann man von bestimmten Methoden nicht sprechen. Indessen will ich doch über einige Neuerungen berichten.

1. Emmet'sche Operation.

Ich führe diese Operation selten aus, muss aber zugeben, dass bei hochgradigen Rissen die Beschwerden zur Operation auffordern. Es handelt sich um zwei Reihen von Beschwerden: Schmerzen und Fluor. Sind die Risse groß, so lassen die Schmerzen in dem Becken trotz aller Antiphlogose etc. nicht nach. Bei Fluor kann man mit dem Paquelin die ganze Schleimhaut gründlich wegbrennen. Dies bewirkt bei kleineren Rissen schnelle und definitive Heilung. Liegt aber der ganze Cervicalkanal durch 2 große Risse bloß, so ist die Vereinigung besser.

Die gewöhnliche Methode gab mir wenig gute Resultate. Ja ich sah eine ganze Reihe Pat., bei denen die Operation von Anderen gemacht war, die sich auch für geheilt hielten, und doch ihren alten Riss im Verborgenen weiter besaßen.

Man wird sich leicht überzeugen, dass bei großen Rissen die Lippen schrumpfen. Besonders ist dies der Fall bei ungleicher Trennung. Vereinigt man nun, so entsteht eine ganz wunderbar schlanke, fingerartige Portio. Ich sah andere Operateure operiren und eine so lange und dünne Portio zusammennähen, dass, fände man diese Form, die Portio als Col tapiroid abgeschnitten wäre.

Ich operirte demnach, gerade so wie es Sänger auf p. 769 abbildet, d. h. nach Abtrennung des oberen Winkels, in dem oft die Vagina in den Riss hineingezerrt ist, spaltete ich die Portio durch einen Längsschnitt von oben nach unten, ohne irgend etwas wegzuschneiden. Dann legte ich abwechselnd nach innen und außen Suturen und bekam auf diese Weise einen nicht zu engen Cervicalkanal. Die äußeren Lappen sind sehr verschieblich, so dass man sie leicht an einander ziehen kann. Nach Sänger's Zeichnung scheint er nur eine Naht nach außen zu verlangen. Man kann ja auch das versuchen, denn die inneren Nähte sind schwer und nicht anders zu entfernen, als dass man sie nach einiger Zeit herauszieht.

Jedenfalls habe ich 4 Fälle in dieser Weise operirt und habe mich von dem Erfolge überzeugt. In einem 5 Jahre alten Falle ist von der Operation überhaupt nichts mehr an der Portio zu sehen und zu fühlen. Ich bemerke zum Schluss, dass allerdings gerade der Muttermund, die untere Fläche der Portio nicht ganz regelmäßig wiederherzustellen ist.

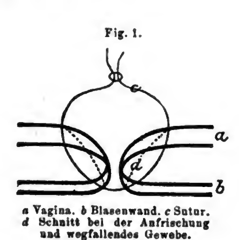
2. Blasenscheidenfisteln.

Hier mache ich den ausgiebigsten Gebrauch von der Lappenbildung.

Eine kleine Fistel z. B. wurde früher wie Fig. 1 operirt. Jetzt schneide ich über die Fistel hinweg (Fig. 2) einen Längsschnitt *a b*, präparire die Lappen ungefähr

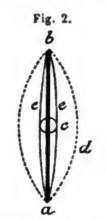
0,75 cm los, bis *d*, und lege nur wenige Nähte. Dabei ist es nöthig, an dem Punkte der Fistel den Wundrand regelmäßig zu gestalten, um auf das minutiöseste das genaue Aneinanderliegen der Wundränder zu erzielen. Letzteres scheint mir nur dadurch möglich zu sein, dass man mit 2 Hakenpincetten vorsichtig, ohne die Ränder zu verletzen, dieselben gegen einander hält, und dass sodann der Assistent den Knoten zuzieht.

Fig. 1.



a Vagina. *b* Blasenwand. *c* Sutur. *d* Schnitt bei der Anfrischung und wegfallendes Gewebe.

Fig. 2.



a b Längsschnitt über die Fistel. *c* Fistel. *d* Ungefähre Grenze der Unterminirung: Größe der Lappen. *e* Schnitte, um die Wundränder zu glätten.

Ganz vortrefflich ist die Lappenmethode bei Fisteln, welche fest an den Knochen angewachsen sind. Hier muss man kombiniren, d. h. man frischt den festen Rand in alter Weise an, und an der Seite der Fistel, welche beweglich ist, oder sich beweglich machen lässt, bildet man einen Lappen. Dieser muss so groß sein, oder so weit unterminirt werden, dass er sich ganz leicht über den Defekt legen und hier ohne jede Zerrung annähen lässt. Hier ist natürlich jeder Fall verschieden. Man darf sich nicht schematisch an eine bestimmte Methode binden, nur muss man im Princip da Material schonen, wo schon ein Defekt ist.

Bei der so selten ausgeführten Kolpokleisis, oder der Kolpokleisis mit Fistelbildung nach dem Rectum, frische ich ebenfalls nicht im alten Sinne an, sondern ich schneide einen Schnitt rings um die Vagina herum und präparire eine obere und untere Manschette. Die obere wird nach oben geklappt und mit versenkten Nähten vereinigt, die untere wird nach unten resp. außen geklappt und mit Seide genäht.

Ich bemerke hier, dass ich nunmehr jahrelang 2 Pat. beobachte, welche ohne irgend welche Beschwerden regelmäßig den Urin per After entleeren. Ja, eine dieser Frauen, vor 4 Jahren operirt, ist Wäscherin in der Klinik und versieht den schweren Dienst ohne durch die künstliche Kloake irgend wie genirt zu werden.

3. Mastdarmscheidenfisteln.

Die höher gelegenen Mastdarmscheidenfisteln sind außerordentlich selten. Woher sollen auch hier Fisteln entstehen? Diejenigen, welche ich sah, waren stets von schlecht genähten und doch unterhalb geheilten großen Dammrissen zurückgeblieben. Ja ich sah auch eine solche Fistel, bei der nicht genäht und doch theilweise Heilung eingetreten war.

In diesen Fällen macht man einfach eine Anfrischung, wie bei der Prolapsoperation. Dies ist so selbstverständlich, dass es wiederholt »erfunden« ist. Meines Wissens habe ich es in der ersten Auflage meines Lehrbuches zuerst beschrieben. Ohne diese Angabe zu kennen, hat auch Schauta die Methode später empfohlen.

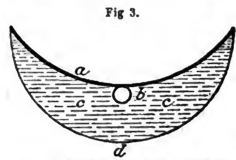
Viel häufiger als diese Fisteln sind tiefer liegende »Anovestibularfisteln«. Sie sitzen oft über einer kleinen narbigen Hautbrücke, entstanden nach einer Perineoplastik, bei der Mastdarmnähte gelegt waren. Näht man nämlich den Sphincter gut zusammen und schiebt nun die Peristaltik Luft und Koth nach abwärts, so »hält« zwar der After, namentlich, wenn die Defäkation untersagt ist, aber ober-

halb bläht sich der Mastdarm auf. Blähungen und dünner Koth — noch von den Abführmitteln vor der Operation her — halten sich oberhalb des Sphincter auf. Diese Dehnung dehnt auch die Naht. In die Nahtkanäle wird etwas Koth eingepresst. Die Seidenfäden leiten das infektiöse Material in die Tiefe, die zwischen den Wundflächen lagernden Sekrete zersetzen sich: die Heilung tritt nicht ein, es bildet sich zwischen Scheide und Darm die Kommunikation, welche alle Operateure so oft zur Verzweiflung brachte!

Ist dann die Vernarbung vollendet, so sitzt direkt über dem Sphincter das Loch! Vielleicht ist wenig Material vorhanden, man mag nicht wieder den Damm, der schön geheilt ist, zerschneiden. Oder die Fistel sitzt etwas höher, ihre Umgebung aber ist so narbig und schlecht ernährt, dass man nur wenig Chancen für die Heilung hat. Frischt man hier direkt an, so kann man oft ohne Erfolg operiren! Die Wundränder sind nicht gut an einander zu bekommen. Nach jeder Vernarbung ist wieder eine, wenn auch minimale Fistel vorhanden. In sie drängt sich etwas Koth, durch sie passiren die Blähungen: die Pat. hat das Bewusstsein ungeheilt zu sein.

Ich habe mehrere derartige Fälle mit Glück in folgender Weise operirt: Ein halbmondförmiger Schnitt (Fig. 3 *a*) wird dicht oberhalb der Fistel geführt. Hier wird ein großer Lappen, die Columna rugarum abgelöst. Nun wird ein koncentrischer Schnitt *d* unterhalb so gelegt, dass der dazwischen liegende Halbmond abpräparirt wird. Jetzt wird der Lappen, ohne jede Zerrung nach unten gezogen und angenäht. Der Wundrand *a* liegt *d*.

Fig 3.



a oberer Schnitt. *d* unterer Schnitt. *c* Anfrischung. *b* Fistel.

Bei dieser Methode habe ich den Rand *a* auch direkt an die äußere Haut angenäht. Der Lappen ist sehr leicht verschieblich. Es ist hier so viel Material vorhanden, dass man leicht den Lappen 3—4 cm abwärts dislociren kann.

Bedenkt man die große Beweglichkeit der hinteren Scheidenwand von oben nach unten, erwägt man, dass bei der beschriebenen Methode eine Verengerung der Scheide nicht eintritt, so wird man auch mit Rücksicht auf spätere Geburten in dieser Weise operiren müssen.

Jedenfalls sprechen die Erfolge für die Methode. Andererseits ist zu hoffen, dass die Mastdarmscheidenfisteln immer größere Seltenheiten werden, je mehr sich die neuen Perineorrhaphien einbürgern.

Diese letztere Operation mache ich nach meiner im Centralblatt f. Gyn. 1887 Nr. 30 beschriebenen Methode. Ich habe die Ansicht, dass in dieser Weise der frühere Zustand am besten wieder hergestellt ist. Jeder, der mich diese Perineoplastik ausführen sah, erklärte sie für viel einfacher und natürlicher als die Lawson-Tait'sche Operation.

4. Prolapsoperationen.

Bei Prolapsoperationen befinde ich mich in einem Übergangsstadium, in so fern ich fast bei jeder neuen Pat. irgend wie modificire. Ich versuche für die einzelnen Fälle verschiedene Methoden zu finden, bin aber bisher nicht zu einem Endresultate gekommen.

Trotzdessen möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass ich die Idee von Franck für ausgezeichnet halte. Franck schneidet quer ein und präparirt die Scheide vom Mastdarm los, eine Falte in die hintere Scheidenwand durch versenkte Suturen hinein nähend.

Ich führe diese Operation folgendermaßen aus: Vor dem After wird ein halbmondförmiger, der hinteren Kommissur paralleler Schnitt von 6—7 cm geführt. Von diesem Schnitt aus arbeite ich mich mit der Schere ca. 6—7 cm tief nach oben zwischen Scheide und Mastdarm. In der Tiefe wird das Gewebe sagittal durch versenkte Nähte vereinigt. Die Dammwunde, welche klaffend ein Längsoval mit größtem queren Durchmesser darstellt, wird so verzogen und so vernäht, dass ebenfalls eine sagittale Narbe entsteht: ein neuer breiter Damm, die Stütze der

Vaginalwand, welche jetzt weit in die Scheide hineinragt. Es ist also auch hier nichts weggeschnitten, sondern es ist statt einer in die Quere gezerrten, durch den Prolaps aus einander gepressten hinteren Scheidenwand, eine dicke sagittale Falte mit breitem Damm geschaffen.

---

1) **Roux** (Breslau). Beiträge zur Entwicklungsmechanik des Embryo.

(Virchow's Archiv Bd. CXIV.)

In vorliegender Arbeit bespricht Verf. die künstliche Hervorbringung halber Embryonen durch Zerstörung einer der beiden ersten Furchungskugeln, sowie die Nachentwicklung (Postgeneration) der fehlenden Körperhälfte. Es wird hier die Frage aufgeworfen, ob und wie weit das befruchtete Ei sich für sich selbständig zu entwickeln vermag, d. h. es wird die sog. Selbstdifferenzirung genauer vom Verf. besprochen. Verf. fand, dass die gestaltenden Kräfte in dem Ei selber zu suchen sind. Aus seinen Versuchen ersieht man, dass jede der beiden ersten Furchungskugeln sich unabhängig von der anderen zu entwickeln vermag. Diese Art der Entwicklung verfolgte Verf. aufwärts bis zur Ausbildung der Medullarwülste, zur Anlage der Gehirnblasen, der Chorda dorsalis, der Bildung des Mesoblast und zur Zerlegung der Ursegmentplatten in die Ursegmente. Verf. vermag zur Zeit nicht zu sagen, ob mit diesem Grade der Entwicklung die obere Grenze der selbständigen Entwicklungsfähigkeit erreicht ist. Durch den erbrachten Beweis, dass jede der zuerst auftretenden Furchungskugeln sowohl das Bildungsmaterial zu dem entsprechenden Stück des Embryo, als auch die differenzirenden und gestaltenden Kräfte enthält, ist die von Verf. schon früher bezüglich der Bedeutung der Furchung gemachte Annahme zur Gewissheit erhoben. Die Versuche des Verf. präjudiciren natürlich nicht, dass im Furchungsstadium nicht noch andere Vorgänge wie z. B. die Ausbildung vieler verschiedener Qualitäten im Keimmaterial stattfinden. Ob der Schluss des Verf. bezüglich der qualitativen Materialscheidung auch auf die folgenden Furchungen auszudehnen sei, und ob etwa in jeder der vier ersten Furchungszellen bereits die kleinsten selbst differenzirungsfähigen Eitheile erreicht sind, müssen weitere Versuche lehren.

Aus seinen Versuchen schließt Verf., dass wohl die typische Blastulagestaltung auf aktive Umordnung der Zellen zurückzuführen sei. Die Entwicklung der Froschgastrula und des zunächst daraus hervorgehenden Embryo ist von der zweiten Furchung an eine Mosaikarbeit und zwar aus mindestens vier vertikalen, sich vollständig entwickelnden Stücken. Die Hemiembryones laterales, welche Verf. durch Zerstörung einer der beiden ersten Furchungskugeln mittels einer erhitzten Nadel erhielt, und die Asyntaxia medullaris, d. h. die Medullardiastase haben als Resultat ergeben, dass in dem medialen Saum des Urmundes der Semigastrula lateralis sich auch die seitliche Hälfte der Chorda dorsalis anlegt. An der angrenzenden

Außenfläche wird die Medullarplatte mit dem Medullarwulste gebildet. Auch die Anlage des Mesoblast geht in der Dorsalplatte vor sich. Die Chorda und der Mesoblast können merkwürdigerweise ebenfalls gebildet werden an Stellen, wo der Darmentoblast fehlt. Die Absonderung der Chordazellen von ihrer Nachbarschaft vollzieht sich durch eine aktive Umordnung und Umgestaltung derselben. Das Verhalten der operirten Zelle zeigt Zersetzungs- und Reorganisationsvorgänge. Ihnen folgen die vom Verf. bezeichneten Vorgänge der Postgeneration, welche durch nachträgliche Entwicklung die fehlenden Körpertheile in ganz oder fast normaler Vollkommenheit herstellen, auf die jedoch hier näher einzugehen nicht der Ort ist.

v. Święcicki (Posen).

---

2) **E. Lantos.** Beiträge zur Lehre von der Eklampsie und Albuminurie. (Aus der Budapester I. geburtshilflich-gynäkologischen Universitätsklinik des Prof. v. Kézmárszky.)

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 3.)

Zunächst hat L. den Urin Schwangerer und frisch Entbundener auf Albumin untersucht und gelangt zu folgenden Ergebnissen:

Bei 70 in der Klinik untersuchten Schwangeren enthielt der Harn in 18,57 % Eiweiß, während der Harn 600 frisch Entbundener 356mal = 59,33 % Eiweiß enthielt. Bei 268 Iparae konnte Eiweiß 189mal = 70,52 %, bei 332 Multiparae aber 167mal = 50,3 % nachgewiesen werden.

Bei Frühgeburten nimmt der Eiweißgehalt auffallend ab; bei Fehlgeburten beträgt der Eiweißprocentsatz nahezu nur die Hälfte jenes, der nach reifen Geburten gefunden wurde.

In 10 Fällen, wo L. bei übergroßer Menge des Eiweißes die mikroskopische Untersuchung des Harns machte, fand er 3mal Eiter, 5mal Cylinder, 4mal gar keine fremden Bestandtheile. —

Bei 39 weder an Eklampsie noch an Nephritis verstorbenen Wöchnerinnen wurde bei der Sektion folgender Nierenbefund notirt: 15mal waren die Nieren anämisch, 21mal blass und nur 3mal blutreicher. Unter den pathologischen Veränderungen wurde Nephritis parenchymatosa acuta 2mal, Nephritis acuta haemorrhagica 1mal, Degeneratio parenchymatosa 9mal, Degeneratio albuminosa 4mal gefunden.

Auf Grund der eigenen Untersuchungen und derjenigen anderer Forscher kommt L. zu dem Schluss, dass die in der Schwangerschaft oder während der Geburt auftretende — nicht auf Gewebsveränderungen der Nieren beruhende — Albuminurie ein nicht seltenes, während der Geburt sogar sehr häufiges Symptom, welches aus der, durch die in der Uteruswand verlaufenden Nerven hervorgerufenen reflektorischen Reizung der Nierenvasomotoren stammt, keine pathologische Bedeutung hat und neben andern muthmaßlichen oder wahrschein-

lichen Schwangerschaftszeichen als werthvolles diagnostisches Symptom der Schwangerschaft betrachtet werden kann.

Vom Oktober 1862 bis Juni 1887 wurde unter 14815 Geburten 53mal = 0,36 % Eklampsie beobachtet, also in einem Verhältnisse von 278 : 1.

Unter 42 Eklamptischen waren 33 = 78,57 % Iparae und 9 = 21,43 % Multiparae.

Von den 53 Eklamptischen starben 15 = 28,3 %. — L. hebt hervor, dass die Mortalitätsziffer nach künstlichen Eingriffen erhöht wird, wesshalb man diese, zumal die Anfälle in einer großen Anzahl der Fälle mit der Geburt nicht aufhören, nur bei strengen Anzeigen anwenden soll.

Das Wochenbett hatte eine durchschnittliche Dauer von 15,61 Tagen und Verf. schließt hieraus auf einen unmittelbaren Einfluss der Eklampsie auf die Dauer des Wochenbettes.

Der Urin wurde in 23 Fällen untersucht; 21mal enthielt er Eiweiß, 4mal Formelemente.

Aus den Sektionsergebnissen von 8 Eklamptischen mag hier angeführt werden, dass L. beständig Veränderungen im Gehirn gefunden hat, die Nieren zeigten bloß einmal akute, mehrmals chronische Veränderungen.

Was das Wesen der Eklampsie betrifft, schließt L. sich der Ansicht Osthoff's an und er sucht den Grund der Schwangerschaftsniere wie auch der Eclampsia gravidarum, parturientium und puerperarum in der ungewöhnlich starken Innervation des Splanchnicus, die von den Bewegungen des Uterus ausgeht und auf die nachbarlichen Vasokonstriktoren der Nieren, oder aber, bei stürmischem Verlauf, die Nieren umgehend auf das vasomotorische Centrum der Medulla oblongata wirkt.

Verf. schlägt aus diesem Grunde vor, das ganze Krankheitsbild Epilepsia acuta peripherica zu nennen.

Das Auftreten der Albuminurie muss nach Verf.s Ansicht auf ein und denselben Grund, d. h. auf den durch die Uterusnerven gebildeten Reiz zurückgeführt werden; die Bahn aber, auf welcher einerseits die Anfälle, andererseits die Albuminurie ausgelöst werden, ist verschieden. **W. Nagel** (Berlin).

---

3) **Streng** (Gießen). Über die Einwirkung des Cytisins, Cornutins und der Sclerotinsäure auf das Gefäßsystem.

(Therapeutische Monatsschrift 1888. Oktober.)

Verf. hat in der Riegel'schen Klinik das von Kraepelin zuerst beschriebene Cytisin subkutan injicirt und hierauf an der A. radial. mittels des Sphygmographen Pulskurven aufgenommen. Er konnte auf diese Weise direkt die durch das Cytisin hervorgerufene Veränderung der Pulskurve konstatiren. Die Versuche ergaben, dass das Cytisinum nitricum in den kleinen Gaben von 0,003

bis 0,004 subkutan eingespritzt völlig unwirksam ist. Auch die Dosis von 0,006 hatte nicht den geringsten Einfluss auf die Gestaltung des Pulsbildes. Mithin übt das Präparat in den kleinen Gaben, wie sie Kraepelin gegen Migräne empfiehlt, auf die Spannung des Gefäßrohres beim Menschen keinen Einfluss.

Interessant waren die Versuche mit Cornutin. Demselben kommt zweifelsohne eine gefäßverengende und pulsverlangsamende Eigenschaft zu selbst in kleinen Dosen (0,0025—0,005 in wässriger Lösung). Per os verabreicht wirkt das Mittel in gleicher Weise, nur sind noch etwas stärkere Dosen erforderlich.

Hinsichtlich der Wirkung der Sclerotinsäure ist Verf. zu demselben Resultate wie Kobert gekommen. Verf. konnte niemals auch nur die geringste Spannungszunahme des Arterienrohres durch das Mittel beobachten, obgleich 5 Tage hinter einander je 1,0 in wässriger Lösung per os gegeben wurde. Einmal wurde das Mittel subkutan gegeben, aber trotz aller Vorsichtsmaßregeln, wie sie Stumpf empfiehlt, traten heftige lokale Beschwerden, verbunden mit starkem Fieber ein. Eine stärkere Gefäßspannung zeigte sich nicht.

v. Święcicki (Posen).

---

4) **H. Davidsohn** (Berlin). Wie soll der Arzt seine Instrumente desinficiren?

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 35.)

Obige Frage hat D. durch zahlreiche im hygienischen Institut zu Berlin angestellte Versuche zu lösen gesucht und zwar dankenswertherweise nicht vom Standpunkte des Klinikers, sondern dem des praktischen Arztes, welchem mehr wie jenem daran gelegen sein muss, im Besitz eines einfachen, schnell und sicher wirkenden Desinfektionsverfahrens zu sein. Als ein solches hat sich ihm das Abkochen der Instrumente in einem gut geschlossenen Wasserbade während 5 Minuten bewährt. Bei allen seinen Versuchen gelang es ihm, hierdurch Eiterbakterien, welche aus Reinkulturen auf Instrumententheile gebracht waren, die Eiterorganismen im Eiter selbst, sowohl im frischen wie im angetrockneten, selbst in Eiter eingebrachte Milzbrandsporen zu vernichten. Das Resultat war stets das gleiche, die Instrumente waren vollkommen sterilisirt. Als zweckmäßigstes Desinfektionsverfahren empfiehlt D. daher, die Instrumente gleich nach der Operation in kaltes Wasser zu bringen, den Eiter etc. oberflächlich abzubürsten; Spritzen und Kanülen einige Male durchzuspritzen, dann mit Wasser zu füllen. Darauf sollen die Instrumente in einem bedeckten Wasserbade bei 100° C. 5 Minuten gekocht, nach dem Herausnehmen mit einem sterilisirten Tuch abgetrocknet werden. Vor neuem Gebrauche werden sie wieder 5 Minuten gekocht, dann herausgenommen. Sie können nun ohne Zuhilfenahme einer desinficirenden Flüssigkeit benutzt werden.

Graefe (Halle a/S.).

---

5) **H. Rosin** (Breslau). Über die Wirkung des Sulfonals.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 19.)

6) **C. Östreicher** (Schöneberg-Berlin). Zur Wirkung des Sulfonals.

(Ibid.)

Sowohl R. wie Ö. sprechen sich auf Grund zahlreicher Versuche, welche der eine im Allerheiligen-Hospital zu Breslau, der andere in der Maison de Santé zu Schöneberg angestellt haben, dahin aus, dass das Sulfonal in der Dosis von 2,0 g (Ö. 2—3 g) ein nicht hinter der Sicherheit der anderen bewährten Schlafmittel zurückstehendes Medikament sei, welches vor diesen selbst bei bestehenden Herzaffektionen die Ungefährlichkeit voraus hat. Ein Vorzug des Mittels ist es ferner, dass es keine Rauschzustände und Excitation verursacht. Selbst bei einer Dosis von 4 g sah R. keine schädlichen Nebenwirkungen.

Auf die in den ersten Tagen der Morphiumabstinenz auftretende Agrypnie blieb das Sulfonal nach Ö.'s Beobachtungen ohne Einwirkung. Er empfiehlt es schon mehrere Stunden vor dem Schlafengehen zu verabreichen, da der Schlaf oft erst 1—3 Stunden nach dem Einnehmen sich einstellt. **Graefe** (Halle a/S.).

Kasuistik.

7) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 9. November 1888.

Vorsitzender: Herr Gusserow, Schriftführer: A. Martin.

Die Namen der zur Aufnahme vorgeschlagenen Ärzte werden verlesen, eben so der Antrag des Vorstandes, den Herren Litzmann und Wegscheider die Ehrenmitgliedschaft zu ertheilen.

Nachdem der Wirth des früher zu den gemeinsamen Abendmahlzeiten benutzten Lokales fallirt, wird beschlossen, in die Restauration Helms, Schlossfreiheit No. 11 überzusiedeln.

I. Demonstration von Präparaten.

a) Herr Olshausen demonstrirt einen extra-uterinen Fruchtsack mit reifem Kind, welchen er vor 14 Tagen durch Laparotomie entfernt hatte. Die Kranke war als Fall von »Missed labour« übersandt worden. Das Kind ist 14 Monate getragen, aber nach 9monatlicher Gravidität abgestorben. Die Pat. kam fieberlos zur Operation. Der Fruchtsack war mit Netz und Därmen vielfach verwachsen und gehörte der rechten Tube an. Die Operation war nicht leicht, bot aber auch keine ganz besonderen Schwierigkeiten. Die Kranke blieb 8 Tage fieberlos. Seitdem besteht ohne erkennbare Ursache leichtes Fieber.

Derselbe zeigt sodann ein lebendes Kind, welches am 1. November durch Laparotomie bei extra-uteriner Schwangerschaft entfernt wurde. Die Schwangere befand sich der Rechnung nach 10 Tage vor dem Ende. Das Kind lag frei in der Bauchhöhle ohne Fruchtsack. Dieser war ohne erhebliche Blutung 6 Tage vorher geborsten und war von der rechten Tube gebildet. Die Placenta wurde mit den erkennbaren Resten des Fruchtsackes entfernt. Die Operation war unschwer. Die Mutter befindet sich wohl.

b) Herr Gottschalk demonstrirt abortive Zwillingseier aus dem zweiten Schwangerschaftsmonat, die er Herrn Kollegen Dr. Berger verdankt. G. zeigt

die Eier, weil sie eine ziemlich hochgradige Differenz in ihrer Entwicklung darbieten. Dieselben entstammen einer 31jährigen, schwächlichen, anämischen Frau, welche vor 4 resp. 2 Jahren normale Geburten durchgemacht hat. 8 Wochen nach dem Cessiren der Menses abortirte die Pat. ohne nachweisbare Ursache am 8. September d. J. Das größere Ei wurde spontan in die Scheide hinein geboren, das kleinere musste mit dem Finger im Fundus uteri gelöst werden. Beide Eier sind frisch und unversehrt. Das größere Ei hat eine größte Breite von 5 cm, eine größte Länge von 8 cm, während das kleinere nur 3 cm lang und 2 cm breit ist. Dem entsprechend ist der größere Embryo 7½ cm lang, der kleinere nur 3 cm. Während die Extremitäten des größeren Embryo vollständig ausgebildet sind, stellen die des kleineren nur kurze Stummel dar. Die Größe der fötalen Placenta steht im Verhältnis zur Größe der beiden Eier. Beide Embryonen sind frisch. Wenn auch G. weit davon entfernt ist, an der Hand dieser beiden Eier die Möglichkeit einer Superfoetatio beweisen zu wollen, so kann er, Angesichts des Umstandes, dass der kleinere Embryo dem Grad seiner Entwicklung nach jünger ist als der größere, sich nicht ganz der Annahme verschließen, dass das kleinere Ei zwar aus der gleichen Ovulationsperiode stammt wie das größere, möglicherweise aber etwas später befruchtet worden ist.

c) Herr Bröse zeigt eine macerirte Frucht vor, welche er am 8. Nov. 1888 durch die Laparotomie wegen Extra-uterin-Schwangerschaft erworben hat. Das Präparat stammt von einer 26 Jahre alten Frau, welche 2mal ausgetragen, 1mal vor 2 Jahren im 6. Monat eine todtfaule Frucht geboren. Die letzte Periode hatte sie am 8. April 1888. Am 19. September trat eine Blutung ein, welche mit geringen Unterbrechungen bis jetzt anhielt. Während der Monate Juli, August und September litt sie mehrmals an leichten, anscheinend peritonitischen Attacken. Doch war sie niemals längere Zeit bettlägerig. Am 24. September ging angeblich eine Haut ab, welche der Beschreibung nach die Decidua war. Am 2. November wurde folgender Status gefunden. Portio elevirt, dicht hinter der Symphyse. Uterus anteponirt. Hinteres Scheidengewölbe vorgewölbt durch einen ziemlich harten, nicht fluktuirenden Tumor, welcher das ganze kleine Becken ausfüllt, und bis 1 Querfinger breit unterhalb des Nabels reicht. Der Fundus uteri lässt sich dicht hinter der Symphyse von dem Tumor abgrenzen, welcher mit der hinteren Uterusfläche dicht verwachsen ist. Links von der Linea alba fühlt man einen über mannsfaustgroßen harten, beweglichen Tumor. Uterus 9 cm lang, zeigt sich bei der Sondirung leer. Ein zur Probe ausgekratztes Stück zeigt nicht deutlich mehr den Charakter der Decidua. Pat. fieberte des Abends leicht, bis zu 38,5, sie hatte starke Beschwerden.

Am 8. November Laparotomie. Nach Durchschneidung des Peritoneum entleert sich etwas blutig seröse Flüssigkeit. In der Bauchwunde zeigt sich das stark entzündete Netz. Der Tumor links ist die Frucht, welche von Netz und Darmschlingen mittels zahlreicher Adhäsionen ganz eingehüllt ist. Die Adhäsionen lassen sich leicht durchtrennen, da sie ziemlich frisch sind, bluten etwas, doch nicht bedeutend und es gelingt sehr bald, das Kind zu entfernen, das quer liegend, stark zusammengepresst mit dem Kopf in die Bauchhöhle hineinragt, während die unteren Extremitäten im Douglas liegen. Nach Entfernung des Kindes zeigt sich, dass der Fruchtsack nach oben gegen die Bauchhöhle abgeschlossen ist. Nach vorn, den Bauchdecken gegenüber, findet sich eine Öffnung, durch welche man mit der Hand bequem eindringen kann. Der Fruchtsack kleidet das ganze kleine Becken aus, links am Becken, tief im Douglas, sitzt die Placenta. Der Fruchtsack wird mit Jodoformgaze austamponirt, die obere Wand mit großer Mühe in die Bauchwunde eingenäht. Doch ist es nicht möglich, den Sack ganz gegen die Bauchhöhle abzuschließen. Es bleibt dicht unter der Bauchwand eine für den Finger durchgängige Kommunikation zwischen beiden Räumen, welche mit Jodoformgaze ausgestopft wird, deren Ende zur Bauchwunde hinausgeleitet wird. Dann wird die Peritonealhöhle geschlossen.

Die Frucht ist den Macerationserscheinungen nach schon ca. 4—6 Wochen todt, die Ruptur des Fruchtsackes muss aber später nach dem Tode der Frucht

erfolgt sein, da die Adhäsionen zwischen Frucht und Darmschlingen ganz frisch höchstens 14 Tage alt waren. Das Fruchtwasser war resorbirt.

Pat. geht es bis jetzt, 2 Tage nach der Operation, gut. Das Fieber ist sogleich nach der Laparotomie abgefallen.

d) Herr Dührssen zeigt die Frucht und Placenta einer Extra-uterin-Schwangerschaft vor. Die Indikation zur Operation war durch Ileus gegeben. Die Pat., welche sich im 7. Schwangerschaftsmonat befand und während der ganzen Schwangerschaft bereits an vielfachen Beschwerden gelitten hatte, brach seit 10 Tagen ununterbrochen — Stuhlgang war nicht zu erzielen gewesen. Als D. die Pat. sah, war ihr Abdomen aufgetrieben, stark gespannt und sehr schmerzhaft. In der linken Seite war dicht unter der Haut ein großer knitternder Theil (der Schädel) zu fühlen. Den Uterus gelingt es in Narkose dicht hinter der Symphyse, die er 4 Finger breit überragte, zu palpiren. Die Sonde konstatirt, dass sein Cavum leer ist. Im hinteren Scheidengewölbe, dasselbe stark nach abwärts drängend, eine unebene dicke Resistenz, welche so fest an die hintere Beckenwand herangeht, dass das Rectum völlig verschlossen ist, und die Fortsetzung desselben nach oben auch bei Untersuchung mit 4 Fingern nicht aufzufinden ist. Temp. 37,7, Puls 120. D. stellte die Diagnose: Ileus, bedingt durch Kompression des Rectum seitens des extrauterinen Fruchtsackes — und machte am folgenden Tag die Laparotomie. Nach Eröffnung des Leibes präsentirt sich das Netz, welches eben so wie die darunter und daneben liegenden Darmschlingen mit dem nach vorn liegenden Rücken der schon länger abgestorbenen Frucht theils durch einfache fibrinöse Schwarten, theils durch vascularisirte Stränge verwachsen ist. Vom Fruchtsack ist keine Spur zu entdecken. Nach Abbindung der Stränge und Ausschälung des Fötus aus den Schwarten zeigt es sich, dass die stark aufgetriebenen und injicirten Därme vielfach mit einander verwachsen und verklebt sind. Dies ist besonders in der Tiefe des Beckens, an dem Sitz der Placenta, der Fall. Um also den Ileus zu beseitigen, musste die Placenta gelöst werden. Dieselbe saß theilweise im Douglas, theilweise auf den mit einander verklebten Därmen. Nach ihrer Lösung starke Blutung, welche durch Umstechung und Tamponade mit Jodoformgaze gestillt wurde. Lösung der Verklebungen der Därme, Schluss der Bauchwunde.

Die Pat. erwachte zwar noch wieder aus der Narkose, der Puls war jedoch kaum zu fühlen und bald darauf trat der Exitus ein.

Die 2 Fälle von Ileus, bedingt durch Extra-uterin-Schwangerschaft, von Chevallier und Bouilly, sind ebenfalls der eine mit, der andere ohne Operation letal verlaufen.

Die 37 cm lange Frucht war, nach den Veränderungen der Linse zu urtheilen, schon mindestens 10 Tage abgestorben.

II. Nachdem Herr Olshausen zu Gunsten des Herrn Dührssen, welcher eine Pat. zur Demonstration mitgebracht hat, zurückgetreten, hält Herr Dührssen seinen Vortrag: Über Symphysenruptur.

Herr Dührssen stellt zunächst eine Pat. vor, welche er vor einem Jahr von einem 5884 g schweren Mädchen mit der Zange entbunden hat. Bei der Entwicklung der enorm verbreiterten Schultern (Schulterbreite 17, Schulterumfang 50 cm) kam es zu einer Symphysenruptur, die trotz Fixation des Beckens und trotzdem sonstige Zeichen von Puerperalfieber fehlten, zur Vereiterung des Gelenkes führte. Nach der Incision trat binnen 4 Wochen vollständig feste Wiedervereinigung der nekrotisch gewesenen Schambeinenden ein.

Der Vortr. führt sodann aus, dass nach allen Autoren bei Symphysenvereiterung die Prognose quoad vitam eine ungünstige ist. An der Hand der Statistik zeigt aber der Vortr., dass diese schlechte Prognose nur für die Fälle von Symphysenvereiterung, kombinirt mit Puerperalfieber, und für die Fälle, in welchen man den Abscess nicht eröffnet hatte, Geltung hat. Die Prognose der Symphysenvereiterung ohne sonstige Zeichen von Puerperalfieber ist, falls man incidirt, absolut günstig, einerlei, ob es sich um die Vereiterung der vorher rupturirten oder der intakten Symphyse handelt. Allerdings handelt es sich nach der Ansicht des Vortr. auch in diesen Fällen um eine puerperale Infektion, allein die puerperale

Erkrankung bleibt hierbei zunächst lokal und führt durch Pyämie erst später zum Tode, falls man nicht incidirt. Sowohl bezüglich des Heilungsresultates als der Schnelligkeit der Heilung sind die Fälle von Symphysenvereiterung mit Incision besser daran als diejenigen von Symphysenruptur ohne Vereiterung, die manchmal nur eine unvollkommene bindegewebige Vereinigung erhalten. Für diese Fälle schlägt der Vortr. die Anfrischung der Schambeinenden und ihre Vereinigung durch Knochennaht vor.

(Der Vortrag wird ausführlich im Archiv für Gynäkologie erscheinen.)

In der Diskussion fragt Herr Olshausen, ob das so außerordentlich große Kind nicht übertragen gewesen sei? (Herr Dührssen will diesen Punkt noch feststellen.) In wie weit vorherige Gelenkerkrankungen bei der Ätiologie der Beckengelenkrupturen in Frage kommen, erscheint fraglich, denn es könnten auch unzweifelhaft gesunde Gelenke gesprengt werden. Die Incision, zu welcher der Vortr. gerathen, sei nicht ohne Bedenken, zumal es sich schwer sagen lasse, ob Eiter schon gebildet ist, oder es sich noch um einen Bluterguss handle. Bei größeren Eiteransammlungen ist allerdings die Diagnose leicht zu stellen und dann alsbald zu incidiren.

Herr J. Veit hat gleichfalls Bedenken, eine besondere Prädisposition zur Entstehung der Symphysenruptur durch vorhergegangene schwere Entbindung oder etwa durch besondere Auflockerung der Symphysen für nothwendig zu erklären. Letzteres hervorzuheben sieht er sich veranlasst in Folge einer neueren Arbeit von Driver (im Boston med. and surg. journ. 1887), der Beweglichkeit der Symphyse bei abwechselndem Stehen auf dem einen oder anderen Bein gefunden haben will. Er kann dies als allgemein gültig nicht bestätigen. — Einen Fall von Vereiterung der Symphysis ossium pubis sah V. als Theilerscheinung puerperaler Infektion.

A. Martin hat neben anderen vor längerer Zeit 2 solche Fälle von Sprengung der Beckengelenke gesehen, die für die aufgeworfenen Fragen von Bedeutung zu sein scheinen. In dem einen kam eine Mehrgebärende mit mäßig allgemeinverengtem Becken zur Entbindung in die Anstalt; sie hatte stets schwer geboren und auch dieses Mal verlief die Geburt sehr langsam. Es wurde die Zange an den im Becken stehenden Kopf angelegt und dieser verhältnismäßig nicht zu schwer entwickelt. Die Extraktion der Schultern erwies sich als unausführbar, so dass Kollege Benicke den Ref., der damals ad interim die Anstalt leitete, zu Hilfe rief. Den gemeinsamen Bemühungen gelang es endlich, den Rumpf des inzwischen abgestorbenen Kindes zu extrahiren. Beim Durchtritt der Schultern erfolgte unter hörbarem Geräusch die Berstung der Symphyse und beider Hüftkreuzbeingelenke. Pat. erlag und fand sich bei der Sektion Endometritis diphtheritica und Vereiterung der gesprengten Gelenkverbindungen. Hier war also die Ruptur lediglich durch die reichlich starken Schultern verursacht worden. Beim Durchtritt des Kopfes war unzweifelhaft die Kontinuität des Beckengürtel noch intakt. Vorherige Gelenkerkrankungen waren jedenfalls nicht mit Prägnanz berichtet worden.

Der andere Fall betraf eine Mehrgebärende in einem der Vororte von Berlin. Die Frau hatte bei einer Zangenentbindung die Ruptur der Symphyse erlitten. Dieselbe war vereitert, der Eiter war spontan nach außen durchgebrochen. Ref. hat Pat. mehrere Wochen nach diesem Unfall gesehen und lediglich Diagnose und Therapie des Kollegen zu bestätigen gehabt. Pat. ist nach sehr langsamer Rekonvalescenz genesen. Diese Beobachtung fällt in das Jahr 1875 — also in die Zeit noch wenig entwickelter Antisepsis.

Herr Gusserow hebt hervor, dass man sich hüten müsse eine Gelenksprengung da anzunehmen, wo es sich nur um die höheren Grade der Auflockerung der Gelenke unter dem Einfluss der Schwangerschaft handle. In einem extremen Fall, welchen Herr G. beobachtet hat, verlor die Gravida die Gehfähigkeit vollständig durch das Beweglichwerden der Beckenknochen. Dabei bestand eine nur mäßige Schmerzhaftigkeit der Gelenke. Die Geburt erfolgte spontan, das Becken gewann seine Festigkeit wieder. Übrigens wurde angegeben, dass ähnliche Zustände auch bei den früheren Schwangerschaften bestanden hatten. In wie weit eine solche Beweglichkeit eine Prädisposition für Ruptur setzt, ist noch unentschieden.

Herr Dührssen erwiedert Herrn Olshausen, dass allerdings die Zange durch Hebelwirkung im Stande ist, ein intaktes Symphysengelenk zu zersprengen, dass aber in seinem Fall die Ruptur nicht durch die Zange, sondern durch die schwierige Entwicklung der enormen Schultern zu Stande kam, nachdem die Zangenextraktion spielend leicht von statten gegangen. Allerdings erscheint es heut zu Tage selbstverständlich, einen Gelenkabscess zu eröffnen, allein D. hielt es desswegen für zweckmäßig, die günstige Prognose der Symphysenvereiterung bei Incision besonders hervorzuheben, weil in allen Lehrbüchern bis jetzt noch die Prognose der Symphysenvereiterung als eine ungünstige hingestellt wird. Es ist dies selbst bei den Fällen aus der vorantiseptischen Zeit nicht richtig und erklärt sich nur dadurch, dass man alle Fälle zusammengeworfen hat, während doch bei den mit Puerperalfieber kombinirten Fällen nur das Puerperalfieber die schlechte Prognose bedingt. Herrn Veit entgegnet der Vortr., dass es sicher viele Fälle von spontaner Symphysenruptur giebt: für das Zustandekommen dieser Fälle nimmt man eben eine schon vorhanden gewesene pathologische Erschlaffung des Gelenkes an. Dieselbe war auch in dem Fall des Vortr. vorhanden, weil die Entwicklung der Schultern, bei welcher keine Hebelwirkung in Betracht kommt, ein intaktes Gelenk nicht zu sprengen vermag. Die Erschlaffung war jedenfalls durch die schwierige Entwicklung der Schultern bei den letzten 2 vorhergegangenen Geburten bedingt. Übrigens freut sich der Vortr., dass die von Herrn Veit und Herrn Martin berichteten Fälle seine Ansichten bezüglich der Prognose der Symphysenvereiterung bestätigen.

---

8) **Meisenbach.** Atresia ani.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1888. März 3. p. 271.)

Bei einem neugeborenen männlichen Kinde wurde erst am 3. Tage entdeckt, dass es keinen Anus hatte. Es war bereits in articulo mortis und die Operation wurde daher nicht versucht. An der Stelle, wo der Anus zu erwarten gewesen wäre, saß eine knopfförmige Erhöhung. Die Sektion zeigte, dass das Rectum etwa 3 cm oberhalb des Dammes blind endete und mit Meconium gefüllt war.

Lühe (Demmin).

9) **Keen.** Fall von Hysterektomie.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1888. Mai 12. p. 580.)

Im vorliegenden Fall von multiplen Uterusmyomen war vor 10 Jahren durch Goodell per vaginam die Oophorektomie gemacht worden, ohne dass das weitere Wachsthum der Geschwülste und das Allgemeinbefinden der Kranken dadurch wesentlich gebessert worden wäre. Bei der Operation, welche Genesung bewirkt, finden sich die Stümpfe der Tuben ohne alle kolbige Anschwellung oder sonstige Entartung. **Lühe** (Demmin).

10) **Goodell.** Verwachsene Zwillinge.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1888. März 17. p. 338.)

G. zeigt der geburtshilflichen Gesellschaft zu Philadelphia ein ihm zugegangenes Präparat vor, welches einem Abort im 3. Monat entstammt. Es ist eine Zwillingsfrucht, die beiden Körper sind in der Hüftgegend verwachsen und haben zusammen 3 Beine. Schon früher hat er der Gesellschaft ein lebendes Kinderpaar von ähnlicher Missbildung vorgestellt und in der Litteratur sind gleichfalls entsprechende Missgeburten bekannt. Schon Aldrovanus beschreibt und bildet eine solche ab.

Lühe (Demmin).

11) **Barton Hirst.** Zwei Fälle von Hydramnion.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1888. Mai 19. p. 628.)

Der erste Fall ist eine Stütze für die von Werth gegebene Theorie des Hydramnion, wonach eine hypertrophirte Placenta mehr Flüssigkeit aus dem mütterlichen Blut aufnimmt als der fötale Haushalt unterbringen kann, und hierdurch

entsteht Hypertrophie des Kindesherzens und der Nieren und damit Polyurie. Im vorliegenden Fall war ein Fötus abgestorben, der andere lebte, dabei war die Placenta sehr groß und es entstand das Hydramnion durch die überreichliche Versorgung des lebenden Kindes mit Blut.

Im 2. Fall litt die Mutter an Insufficientia valvulae mitralis und Stenose der Aorta, wodurch starke venöse Stauung hervorgebracht wurde, so dass die Aufsaugung des Liquor amnii durch die strotzend gefüllten Venen der Mutter völlig aufgehoben war. **Lühe** (Demmin).

12) **J. Straus** und **D. Sanchez** (Toledo). Bacilläre Untersuchungen über den Uterus nach physiologischer Entbindung. (Recherches microbiologiques sur l'uterus après la parturition physiologique.)

(Annales de l'Institut Pasteur II. p. 426.)

Im Gegensatz zu früheren Untersuchern (Scherer, Mayerhofer, Rokitansky, Kehrer, Karewski), die die Lochien nach ihrer Vermengung mit dem Scheidensekret untersuchten und dieselben bei gesunden und kranken Wöchnerinnen pilzhaltig und infektiös fanden, war Pasteur der Erste, der die reinen Lochien untersuchte und fand, dass sie bei gesunden Frauen pilzfrei, bei kranken Frauen pilzhaltig waren. Dieselben Resultate hat neuerdings auch Doederlein erhalten. S. und S. machten ihre Untersuchungen an Thieren, Kaninchen, Meerschweinchen, Mäusen und Ratten. Die Thiere wurden 3 Stunden bis 3 Tage nach dem Wurfe getödtet. Das Sekret der Uterushörner wurde mikroskopisch stets frei von Spaltpilzen gefunden; eben so abgeschabte Partikel der Schleimhaut und endlich Schnitte des gehärteten Uterus stets frei von solchen. Eben so wurden Stichkulturen in Gelatine, Kulturen auf schräg erstarrter Gelatine und in Bouillon angelegt. Von jedem Thiere wurden 10 verschiedene Kulturen, im Ganzen über 100 angelegt; nur 6 zeigten eine Entwicklung gewöhnlicher Luftpilze, die offenbar während der Präparation erst als Verunreinigung hineingekommen waren.

S. und S. machten eine Reihe von Experimenten, um die Wirkung pathogener Mikroorganismen vom puerperalen Endometrium aus kennen zu lernen. Mittels eines Glasspeculums das in die Vagina eingeführt wurde, brachten sie unter Leitung eines Reflektors eine Gummikanüle in den Uterus ein und injicirten auf diese Weise 1—3 Spritzen von Reinkulturen des Bacillus anthracis, des malignen Ödems, des Staphylococcus pyogenes aureus in die Uterushöhle. Die Injektionen wurden gemacht theils unmittelbar nach dem Wurf, theils später bis zu 3 Tagen nach demselben. Sämmtliche genannten Kulturen ließen die Thiere gesund, während die Kontrollthiere nach Impfung ins subkutane Zellgewebe sämmtlich starben. Nur mit Hühnercholera behandelte Kaninchen erlagen auch bei Infektion vom Endometrium aus. Die Ursache dieser Empfindungslosigkeit des Endometriums der Nagethiere gegen die giftigsten Bacillen liegt in seiner anatomischen Beschaffenheit. Eine deciduale Wunde giebt es nicht, sondern nur eine ganz kleine placentare, welche auch in der kürzesten Frist nach der Entbindung mit normalem Epithel gedeckt ist, so dass die ganze uterine Innenfläche ungefähr dieselbe Beschaffenheit hat, wie im nicht puerperalen Zustande. **Wilhelm Fischel** (Prag).

Berichtigung.

In No. 47 p. 775 letzte Zeile lies: »Vorwölbung« statt Verwicklung; p. 776 Zeile 18 v. o. lies: »verkennen« statt erkennen und Zeile 26 v. o. lies: »hinarbeiten« statt hinantreten.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 50. Sonnabend, den 15. December. 1888.

I. Eine Modifikation der Uterusexstirpation per vaginam.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

Dr. **C. H. Stratz**, Officier vor gesondheid,

Soerabaia, Niederländisch-Ostindisches Lager.

Neben dem historischen Interesse, die erste in Indien ausgeführte Totalexstirpation zu sein, scheint mir der vorliegende Fall auch andere Punkte zu bieten, die eine Veröffentlichung rechtfertigen können.

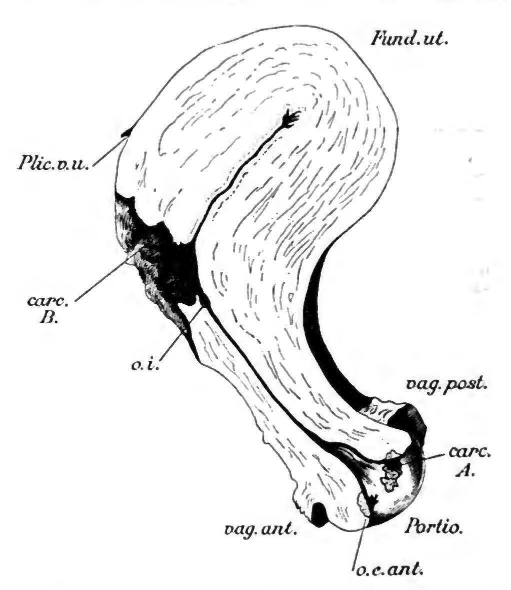
Frau N., eine sonst gesunde Dame aus einer europäisch-indischen Familie, im Alter von 33 Jahren, konsultirte mich wegen einer geringen Blutung mit übelriechendem Ausfluss, der sich am 15. August in Folge eines Falles eingestellt habe. Sie war beunruhigt, weil ihr früher noch niemals etwas gefehlt hatte.

Ich fand ein beginnendes Carcinom an der Übergangsstelle der Portioschleimhaut in die des Cervix; im Übrigen war außer einem etwas langen und leicht verdickten Cervix Nichts zu fühlen; jedoch dieser letztere Umstand bewog mich, der Pat. keine supravaginale,

sondern die totale Exstirpation vorzuschlagen. welche mit ihrer Einwilligung am 28. August vorgenommen wurde.

Bei der Operation, welche keine weiteren Schwierigkeiten bot, verfuhr ich in der von Fritsch, Hofmeier u. A. geübten Weise, dass ich zunächst den Cervix nach schrittweiser Unterbindung der zuführenden Gefäße langsam aus seinen Verbindungen bis etwas über den inneren Muttermund ablöste.

Dann jedoch ging ich so vor, dass ich zunächst die Anhänge der rechten Seite durchschnitt und den Uterus nach unten zog; von



der vorderen Fläche des leicht zugänglichen Organs präparirte ich in der Verlängerung des Ligamentum vesico-uterinum einen möglichst großen Lappen ab und dann erst löste ich die Verbindung mit den Anhängen der linken Seite.

Ich schloss die Wunde so, dass ich die vordere Scheidewand mit der Basis des Peritoneallappens vereinigte, die Stümpfe des Anhangs mit den Seiten desselben, und endlich das freie Ende des Lappens mit dem Peritoneum des Douglas und der hinteren Scheidenschleimhaut. Auf diese Weise war ein nahezu vollständiger Abschluss der Peritonealhöhle nach unten erreicht. Der Verlauf war

ein reaktionsloser, die höchste Temperatur 37,9 am Abend der Operation, später nicht über 37,8.

Am 10. Tage wurde der Jodoformgazetampon entfernt, welcher vollständig weiß und geruchlos zu Tage kam; am 14. Tage stand Pat. zum ersten Male auf, am 18. nahm sie ihre gewohnte Thätigkeit wieder auf.

Das Präparat zeigte bei mikroskopischer Betrachtung carcinomatöse Wucherung an der Übergangsstelle zwischen Portioschleimhaut und Cervixschleimhaut. Ferner war Carcinom zu konstatiren in der oberhalb des inneren Muttermundes gelegenen Partie *B*, welche sehr brüchig war und bei der Operation einriss.

Zwei Punkte scheinen mir der Beachtung werth.

Der Abschluss der Bauchhöhle durch den Lappen aus der vorderen Peritonealfalte scheint theoretisch ein Vortheil für die Prognose und die rasche Heilung nach der Operation zu sein. Ob die Bildung desselben immer so leicht praktisch ausführbar ist, wie in diesem Falle, bleibt weiteren Versuchen vorbehalten.

Ein zweiter Punkt von Bedeutung scheint mir der Umstand zu sein, dass bei dieser so minimalen Affektion an der Portio sich auch oberhalb des inneren Muttermundes eine kaum, jedenfalls keineswegs sicher zu diagnosticirende carcinomatöse Neubildung fand.

Mir als Schüler Schroeder's fällt es schwer, zu bekennen, dass solche Fälle, wie dieser, wohl Anleitung geben müssen, sich in jedem sicher konstatirten Fall von Carcinom nicht mit der supravaginalen Amputation zu begnügen, sondern immer die totale Operation vorzunehmen.

Der Fall soll in extenso in der »Geneeskundige Tijdschrift voor Nederlandsch Indie« veröffentlicht werden.

(Aus der geburtshilfl. Abtheilung am Moskauer kaiserl. Findelhause.)

II. Ein Fall von Amelus.

Von

Dr. S. **Cholmogoroff,**

Privatdocent der Geburtshilfe an der kaiserlichen Universität zu Moskau.

Wenn die angebornen Missgestaltungen der Extremitäten überhaupt ziemlich oft zur Beobachtung kommen, so gehört doch der gänzliche Mangel aller vier Extremitäten zu den sehr seltenen Erscheinungen, wesshalb ich mich veranlasst finde, den von mir beobachteten Amelusfall hier zu veröffentlichen[1].

Den 16. Mai 1885 wurde ich als dejourirender Arzt zu einer eben aufgenommenen Kreißenden gerufen, aus deren Genitalien nach Aussage der Geburtshelferin ein der Form nach nicht zu bestimmen-

---

[1] Das Präparat ist in den Sitzungen der Physisch-Medicinischen Gesellschaft am 16. Februar 1887 unsecirt und am 16. März 1887 secirt zur Demonstration gelangt. Dasselbe wird in der Kollektion der geburtshilflichen Abtheilung des Moskauer Findelhauses aufbewahrt.

der Körper hervorgetreten war, welcher bei näherer Besichtigung sich als Rumpf ohne Arme und Beine herausstellte. Mittels des Prager Handgriffs befreite ich den Kopf. Das neugeborne Kind hatte einen gut entwickelten Rumpf, einen ganz normalen Kopf, aber weder obere, noch untere Extremitäten.

Folgende kurze Daten über den betreffenden Fall dürften am Platze sein.

No. 983 des Journals der ehelichen Abtheilung für das Jahr 1885. Axinia Ustinoff, Bäuerin, 30 Jahre alt, zum 3. Mal schwanger, trat den 16. Mai 1885, 4 Uhr 30 Minuten Morgens in die geburtshilfliche Abtheilung des Moskauer Findelhauses ein. Laut Aussagen der Ustinoff waren beide früheren Schwangerschaften und Geburten normal. Beide Kinder waren lebendig und normal entwickelt zur Welt gekommen. Letzte Menses den 15. August 1884, erste Bewegungen nicht bemerkt. Anfang der Geburtswehen 15. Mai Abends 10 Uhr. Abgang des Fruchtwassers 15. Mai 9 Uhr Abends. Das Becken regelmäßig, seine Dimensionen: Dist. intertroch. = 31 cm, Spin. oss. il. = 26 cm, Cristae il. = 27 cm, Conj. externa = 21 cm. Temperatur nach der Geburt 37,0°. — Die Geburt hatte auf dem Wege zum Findelhaus angefangen, nach Ankunft daselbst pulsirte die Nabelschnur nicht mehr. Der Kopf, mit dem Occiput nach vorn links gelegen, wie oben gesagt, nach der Prager Weise herausbefördert. Belebungsversuche blieben erfolglos. Der Mutterkuchen fast unmittelbar nach dem Kopf spontan geboren. Die 3 Geburtsperioden zusammen dauerten 6 Stunden 45 Minuten. Das Puerperium ohne Temperaturerhöhung. 20. Mai 1885 wurde die Frau als gesund entlassen.

Das todtgeborne Kind männlichen Geschlechts zeichnete sich durch gänzlichen Mangel der oberen und unteren Extremitäten aus. Gewicht: 2700 g, Länge: 32 cm. Der Mutterkuchen wog 470 g, Länge der Nabelschnur 39 cm.



Die nähere Untersuchung ergab, dass es sich hier um ein vollkommen ausgetragenes Kind mit gut entwickeltem Kopfe handelte. Die Dimensionen des letzteren, die Form und Weite der Fontanellen waren durchaus normal. Am Rumpfe fehlen Arme und Beine und es sind sogar die geringsten Rudimente derselben nicht vorhanden. Die Processus acromiales der Schulterblätter bilden zusammen mit den äußeren Enden der Schlüsselbeine symmetrische Erhöhungen, die den Schultern entsprechen. Die Haut weist dort, wo im normalen Zustande die Extremitäten angefügt sind, weder Narben noch Vertiefungen auf, lässt sich mit den Fingern frei verschieben, wie an anderen Stellen des Rumpfes und hat eine durch-

aus normale Beschaffenheit. Die Cavitas glenoidalis scapulae ist nicht durchzutasten. Der Brustkorb so wie das Abdomen von normaler Entwicklung. Das Beckenende des Rumpfes verjüngt sich nach unten und endet in einer Abrundung, die ein wenig nach vorn geneigt ist. Doch muss hier bemerkt werden, dass die Abneigung in besagter Richtung der Art und Weise zuzuschreiben ist, wie das Präparat im Gefäß mit Alkohol gelegen hat und keineswegs bei der Geburt beobachtet worden ist. Am unteren Ende der erwähnten Abrundung befindet sich die Anusöffnung, nach vorn wohlentwickelte Genitalien mit Circumcisio penis congenita. Im Hodensack ist nur der linke Testis durchzufühlen. Die Beckenknochen dem Anschein nach normal entwickelt, das Kreuzbein und die Oss. ilei sind deutlich durchtastbar. Doch lässt die Palpation das Vorhandensein des Acetabulum der großen Menge von Weichtheilen wegen nicht feststellen.

Das betreffende Präparat ist in der Beziehung von großem Interesse, dass hier auch nicht die geringste Andeutung auf rudimentäre, geschweige denn normale Entwicklung der Extremitäten zu konstatiren ist und es scheint daher den höchsten Ausdruck derjenigen Monstrositas e defecto zu veranschaulichen, welcher mit dem Namen Amelia bezeichnet ist.

Nach Förster[2] bezeichnet Amelus einen gut entwickelten Rumpf nebst Kopf, der aller Extremitäten entbehrt. An den betreffenden Stellen befinden sich halbkugelförmige Erhöhungen oder Brustwarzen ähnliche Bildungen, welche Knochentheile in sich enthalten. Am Ende dieser Auswüchse sitzen hornartige Massen und nägelähnliche Bildungen. Die Schulterblätter und das Becken sind gewöhnlich wohlentwickelt. Ihre nicht tiefen Gelenkflächen sind entweder von Bindegewebe ausgefüllt oder mit kleinen Warzen und Knochenrudimenten versehen, an denen Muskeln inseriren, so dass in diesen Auswüchsen einige Bewegungen möglich sind. Die Muskeln, Gefäße und Nerven der Schulter und des Beckens sind in der Regel normal. Kopf, Brust und Genitalien größtentheils ebenfalls gut entwickelt.

Im Atlas obenerwähnten Autors sind 3 Ameli abgebildet; bei dem einen sind entsprechend den Extremitäten kleine Erhöhungen, bei dem anderen ziemlich große Lappen zu sehen; der dritte hat ähnliche Adnexe, bloß anstatt der unteren Extremitäten, wobei der rechte an Länge den linken bedeutend übertrifft.

Ein Amelus aus der anatomisch-pathologischen Kollektion der Moskauer Universität hat entsprechend dem linken Arm ein lappenförmiges Anhängsel, ein anderer aus derselben Kollektion ziemlich große Hervorragungen an der Stelle aller vier Extremitäten aufzuweisen.

Der Amelus des Dr. N. Th. Miller[3], der in der Kollektion des

---

[2] Die Missbildungen des Menschen. Jena 1865.

[3] Arbeiten der Gesellschaft der russischen Ärzte in Moskau 1885. p. 121. (Russisch.)

Moskauer Findelhauses aufbewahrt wird, hat an Stelle der unteren Extremitäten 2 konische 3 cm lange Adnexe, welche rudimentäre Knöchelchen enthalten.

In Berücksichtigung obiger Ausführungen dürfte mein Fall gewissermaßen ein Unicum darstellen und mit unvergleichlich größerem Recht die Bezeichnung Amelus verdienen, als alle oben erwähnten Fälle.

Die Seltenheit derartiger Missgeburten ließ eine genauere anatomische Untersuchung unseres Falles von besonderem Interesse erscheinen. Dieselbe musste darüber Aufklärung geben, ob hier Gelenkflächen entsprechend der Cavitas glenoidalis humeri und dem Acetabulum, ob Rudimente der Extremitäten vorhanden seien, und wie sich Muskeln und Nerven bei derartigem Defekt der Arme und Beine verhalten. Zu diesem Zwecke wurden von mir unter Anleitung des Herrn Professor Sjornoff, die den Extremitäten entsprechenden Stellen am Rumpfe schichtweise präparirt. Dabei ergab sich Folgendes:

Das äußere Ende des Schlüsselbeins ist nicht, wie normaliter mit dem Acromion der Scapula verbunden, sondern verläuft über ihm, um den am meisten zur Seite hervorragenden Punkt der Schulter zu bilden. Der Processus acromialis scapulae liegt unter dem äußeren Ende der Clavicula und ist durch eine Einfurchung von einer erbsengroßen an der Stelle der Cavitas glenoidalis gelegenen Protuberanz getrennt, welche letztere offenbar eine Verschmelzung des Processus coracoideus mit der Cavitas glenoidalis vorstellt. Rudimente der oberen Extremitäten konnten nicht konstatirt werden.

Muskeln der Schultergegend, der Brust und des Halses.

Platysma myoides normal. Ein Bündel desselben verläuft schräg nach außen unten und verliert sich in der Haut fast am unteren Rande des Brustkorbes.

M. trapezius beginnt und inserirt normal. M. latiss. dorsi beginnt normal, verläuft unter der Scapulaecke und verliert sich hier in der Haut. M. pectoralis major nimmt einen normalen Anfang, erreicht ungefähr eine vom höchsten Schulterpunkt perpendikulär nach unten gezogene Linie und inserirt hier in der Haut. M. serratus anticus beginnt normal, geht unter die Scapula und inserirt normal. M. sterno-cleido-mastoideus und M. omohyoideus bieten nichts Anormales. M. deltoideus beginnt normal und verliert sich in der Haut. In seiner Masse lässt sich eine hanfkorngroße Verhärtung durchfühlen, die offenbar aus Knochen oder Knorpel besteht, übrigens aber ihrer Stelle nach nicht als Rudiment der oberen Extremität gelten kann. M. supraspinatus fehlt gänzlich. M. infraspinatus ist gut entwickelt, hat einen normalen Anfang, verliert sich hier in der Haut und erreicht den äußeren oberen Winkel der Scapula nicht ganz. M. teres major beginnt normal und endet ungefähr daselbst, wo der vorhergehende Muskel, ebenfalls sich in der Haut verlierend. Der Plexus bra-

chialis verläuft zwischen dem Scalenus anticus und medius in der Gestalt eines sehr dünnen Fadens.

Beim Präpariren der Beckengegend wurde konstatirt, dass das Acetabulum vollkommen fehlte. Die Muskeln sind hier sehr schwach entwickelt, viel schlechter als in der Schultergegend und zeigen in ihrer Richtung fast keine Analogie mit der Norm. Es lassen sich hier drei Richtungen unterscheiden, in denen die Muskelfasern verlaufen. Ein Theil derselben beginnt am vorderen Theile der Crista ossis ilei, verläuft nach unten, hinten, und inserirt am äußeren Rand des Kreuzbeins. Die vordersten dieser Muskelfasern bilden ein Bündel, welches ungefähr in derselben Richtung aber etwas weiter nach unten verläuft und sich in der Haut in der Nähe des Anus verliert. Hinter diesen Fasern sind andere sichtbar, die eine horizontale Richtung haben. Sie kommen aus der kleinen Beckenhöhle, offenbar von der unteren Fläche des Os sacrum, verlaufen unter dem vorherbezeichneten Muskel und verlieren sich da im Bindegewebe. Eine dritte Reihe von Muskelfasern beginnt an der Spina ant. oss. ilei und inserirt am Ramus ascendens desselben Knochens. Um den Anus endlich ist der M. levator ani zu konstatiren. Außer den oben beschriebenen Muskeln lassen sich in der Beckengegend keine anderen Muskeln nachweisen.

Die Entstehung der Missbildungen resp. Defekte der Extremitäten wird in der Regel, wie bekannt, auf folgende Weise erklärt. Wenn in einem der in Entwicklung begriffenen Extremitäten anliegenden Theil des Amnion ein entzündlicher Process entsteht und derselbe zur Bildung von Membranae spuriae oder amniotischen Bändern (Simonart'sche Bänder) führt, welche einen größeren oder kleineren Druck auf verschiedene Theile der Gliederansätze ausüben, so können in Folge dessen die verschiedenartigen Missbildungen der Extremitäten entstehen, sei es in der Gestalt von mangelhafter Entwicklung oder von Verwachsung oder endlich von Spaltung einzelner Theile. Bei allzu starkem Druck kann die Entwicklung des Rudiments gänzlich ausbleiben, dann kommt ein voller Defekt der betreffenden Extremität zu Stande. Falls dieses bei allen 4 Extremitäten statt hat, so entsteht die Missbildung, welche den Namen Amelus führt; in derartigen Fällen sind Scapulae und Becken doch vorhanden und an der Stelle der Extremitäten sitzen in der Regel fleischige Warzen oder kleine fingerähnliche Ansätze, welche eine oder mehrere Phalangen in sich enthalten und an ihrem Ende einen wirklichen Nagel oder nur einen nagelartigen Fortsatz haben. Solch eine Erklärung kann jedoch in unserem Fall keine Verwerthung finden, da hier weder irgend welche Ansätze noch Hautnarben zu bemerken sind und das sorgfältigste Präpariren auch nicht die geringsten Rudimente der fehlenden Extremitäten zu Tage gefördert, vielmehr das gänzliche Fehlen der Acetabula erwiesen hat. Nach unserer Meinung dürfte hier die Ursache im Organismus selbst ihren Sitz gehabt haben. Doch welcher Natur diese Ursache gewesen, die eine Entwicklungs-

hemmung aller vier Extremitäten hervorgerufen, darüber lässt sich wohl kaum etwas Bestimmtes aussagen.

III. Harnsteinbildung in der Vesicovaginal-Höhle nach künstlicher Obliteration der Vagina.

Mitgetheilt von

Dr. W. Bergmann,

Assistenzarzt am St. Josefs-Hospital zu Elberfeld.

Frau K. aus Elberfeld, 61 Jahre alt, Mutter von 5 Kindern, litt vor ungefähr 14 Jahren an Nierenbeschwerden: Wassersucht und Nierensteinkolik. Nach dem letzten Wochenbette, welches schwer verlief, trug Pat. ein Pessar, das zur Bildung einer Blasenscheidenfistel führte. Die Beschwerden des letzteren Leidens veranlassten sie, im Jahre 1881 ärztliche Hilfe aufzusuchen.

Es wurde versucht, die Fistel operativ zu schließen, was indess misslang; desshalb schritt man zur queren Obliteration der Vagina nach der Simon'schen Methode. Der Effekt der Operation war ein vollständiger; Pat. war von allen Beschwerden befreit und konnte den Urin willkürlich durch die Urethra entleeren.

Vor einem Jahre verspürte Pat. heftige Schmerzen in der Blasengegend, welche sich stetig steigerten; da sich auch wieder Abfließen von Urin aus der Vagina zeigte, so stellte sich Pat. am 20. Oktober 1888 dem dirigirenden Arzte der inneren Abtheilung des St. Josefs-Hospitals, Herrn Dr. Schmitz, vor.

Bei der Untersuchung zeigte sich, dass sich so ziemlich in der Mitte der Obliterationsnarbe der Vagina eine kleine Öffnung vorfand, in welcher die Spitze eines Harnsteines sichtbar wurde.

Am 22. Oktober wurde zur Entfernung dieses Steines geschritten, welche Herr Dr. Thelen, dirigirender Arzt der chirurg. Abtheilung des St. Josefs-Hospitals, vornahm. In der Narkose wurde die in der Obliterationsnarbe vorhandene Öffnung durch seitliche Incisionen erweitert und der Stein mittels einer Polypenzange extrahirt. Es zeigte sich darauf, dass etwas höher noch zwei Steine von gleicher Größe saßen; auch diese wurden in derselben Weise entfernt.

Die Höhle, in welcher die Steine gesessen hatten, nahm die obere Hälfte der Vagina ein; durch eine mäßig große Fistel kommunicirte die Höhle mit der Blase. Außer entzündlicher Röthung und Schwellung der Schleimhaut ließ sich keine Veränderung der Höhle konstatiren.

Nach der Extraktion der Steine wurde die Blase mit Wasser irrigirt, bei welcher Gelegenheit Herr Dr. Thelen eine Inkrustation entdeckte, welche sich in der Blase in der Gegend der Fistel gebildet hatte.

Die bereits vor der Operation vorhandene große Schwäche der Pat. ließ die Entfernung dieses letzteren Steines, so wie weitere Encheiresen an der Vagina vorläufig nicht angezeigt erscheinen; desshalb wurde die Vagina nach nochmaliger Desinfektion mit einem Jodoformtampon ausgestopft.

Die Steine bestanden aus Phosphaten; jeder derselben hatte die Größe eines Taubeneies; die Farbe der Steine war bräunlich, ihre Oberfläche war unregelmäßig und rauh. Das Gesammtgewicht der Steine betrug 30 Gramm.

Der Verlauf nach der Operation gestaltete sich folgendermaßen: Fieber trat nicht ein; die Schmerzen hatten sich verloren. Seit der Operation litt Pat. viel an Erbrechen, welches ursprünglich der Chloroformnarkose zugeschrieben wurde, doch gesellten sich bald die übrigen Symptome einer chronischen Urämie hinzu — die Untersuchung des Urins ergab den Befund einer chronischen, interstitiellen Nephritis — welcher Pat. zu Hause, wohin sie auf ihren dringenden Wunsch entlassen war, bald erlag.

Die Autopsie wurde nicht gestattet. In der Litteratur findet sich ein analoger Fall mitgetheilt von L. A. Neugebauer (Centralblatt f. Gyn. 1883 No. 9), in welchem bei einem 26jährigen Dienstmädchen nach Entfernung des Harnsteines

aus der Vesicovaginal-Höhle die Vagina wieder verschlossen und definitive Heilung erzielt wurde.

IV. Zur manuellen Lösung des durch peritonitische Adhäsionen fixirten retroflektirten Uterus nach B. S. Schultze.

Von

Zeiss, Erfurt.

In einer Ende Oktober dieses Jahres in Jena erschienenen Dissertation, Fritz Reich, Über operative Therapie der Retroflexio uteri, begegne ich auf p. 5 folgendem Satze: »Die betreffenden Gynäkologen haben zwar, ehe sie sich zur Operation entschieden, lange Zeit die alten guten Methoden zur Lockerung der Stränge etc. geübt, aber die Schultze'sche Lösung (manuell in tiefer Narkose, eventuell nach Laminariadilatation und Einführung eines Fingers in das Cavum, Z.) hat, Klotz ausgenommen (11 erfolglose Versuche, Z.), keiner gewagt.«

Das Letztere scheint mir, so ohne allen Vorbehalt gesagt, denn doch eine etwas gewagte Behauptung, die auf keiner anderen Thatsache fußt, als der, dass nicht Jedermann es für nöthig hält, einzelne von ihm ausgeführte Fälle der Art auch durch Veröffentlichung zu verwerthen.

Ich bin in der glücklichen Lage gewesen, das Verfahren in 2 Fällen mit sehr gutem Erfolge auszuführen, beide Male nach vorhergegangener Dilatation.

Die 1. Kranke, Frau St., Arbeitersfrau von hier, wurde am 6. Juni 1884 operirt, wenn diese Benennung der Kürze halber gestattet sein mag. Sie trug dann ihren Uterus mehrere Jahre in guter Lage im 8.-Pessar, wurde am 15. Januar 1886 von mir zuletzt darauf hin untersucht und stellte sich im Februar dieses Jahres mit einem inoperablen Cervixcarcinom vor. Auf die Lösung der Adhäsionen folgten etwa 8tägige ziemlich heftige Beschwerden mit mäßigem Fieber. Die andere Kranke, Frau B., Beamtenfrau von hier, ist am 2. November 1887 operirt; Verlauf reaktionslos, seitdem gute Lage des Uterus im 8.-Pessar.

Beide Frauen waren krank seit ihrem letzten Wochenbett; die erste seit 2 Jahren, die letzte seit $4^1/_2$; beide Uteri waren rechts fixirt; die üblichen Methoden zur Lockerung bis zur Ermüdung angewendet, Lösung in Narkose ohne Dilatation erfolglos vorher versucht worden.

Ich mache diese kurze Mittheilung, erstens, um die oben angeführte Annahme richtig zu stellen, zweitens, um damit zu beweisen, dass die Methode in der That, bei genügend peinlicher Handhabung der Antisepsis bei der Laminariadilatation, auch in der Hand des Arztes Gutes zu leisten und manche Laparotomie überflüssig zu machen im Stande ist[1].

---

1) **P. Müller** (Bern). Handbuch der Geburtshilfe. I. Bd.

Stuttgart, **Ferd. Enke**, 1888.

Man muss es P. Müller Dank wissen, dass er unter Mitwirkung einer Reihe bekannter Gynäkologen die Herausgabe des Werkes unternommen hat, dessen erster Band kürzlich erschienen ist. Wir besitzen vorzügliche Lehrbücher der Geburtshilfe; ein Handbuch derselben, wie solche für die anderen Zweige der Medicin, auch für die Gynäkologie bereits vor längerer Zeit herausgegeben worden

---

[1] Auch ich habe seit Jahren das Verfahren der gewaltsamen Losreißung durch kombinirte Handgriffe (ohne intra-uterine Manipulation), ein Verfahren, das ich ohne Schultze's Vorgang kaum gewagt hätte, in einer ganzen Reihe von Fällen mit vollkommenem Erfolge geübt. Eben so meine Assistenten. Fritsch (Breslau).

sind, fehlte. Das Bedürfnis für ein solches lag vor. Die geburtshilfliche Litteratur ist gleich der anderer medicinischer Disciplinen gewaltig angewachsen. Sollte sie nicht nur dem Specialisten zu Gute kommen, welcher, wie M. sehr richtig bemerkt, sie auch nur mit Mühe und Noth zu beherrschen vermag, so musste sie einer kritischen Sichtung und Bearbeitung, einer Verschmelzung mit dem Alten und Bewährten unterworfen werden und zwar umfassender, eingehender, wie das naturgemäß bei Lehrbüchern oder Kompendien der Fall ist. Das ist in dem vorliegenden Werk geschehen. Halten die zwei weiteren Bände, welche in Kurzem folgen sollen, das, was der erste verspricht, so wird es für den praktischen Arzt gleich werthvoll sein, wie für den Gynäkologen vom Fach.

Die Einleitung bildet ein kurzer Abriss der geschichtlichen Entwicklung der Geburtshilfe mit gleichzeitiger Berücksichtigung der Gynäkologie von Prof. Kleinwächter. Kaum ein anderer Zweig der Medicin hat schon in früheren Jahrhunderten besonders in therapeutischer, operativer Beziehung so Erhebliches geleistet und knüpft trotz gewaltiger Fortschritte und Wandlungen in seinen Lehren so an die der Alten an, wie gerade die Geburtshilfe. Der Geburtshelfer bedarf daher geschichtlicher Kenntnisse in seinem Fach. Wenn das M.'sche Handbuch ihm diese nicht in den einzelnen Kapiteln verstreut, sondern als ein, wenn auch nur skizzenhaftes Ganzes übermittelt, so wird ihm dadurch einerseits ein Überblicken der Entwicklung der Disciplin im Ganzen verschafft, andererseits später die Lektüre der einzelnen wissenschaftlichen Abschnitte nicht durch weitläufige historische Daten gestört.

Eine sehr eingehende Bearbeitung hat die Anatomie und Physiologie der weiblichen Sexualorgane durch J. Veit (Berlin) erfahren. Seine Ansichten weichen in einigen Punkten nicht unwesentlich von denen anderer Geburtshelfer ab. Da es bei dem großen Umfang des Werkes nicht möglich ist, den reichen Inhalt in seinen Details im Rahmen eines kurzen Referates wiederzugeben, so wird sich Ref. darauf beschränken, jene aus diesem Theil wie aus den folgenden, von anderen Autoren verfassten der Hauptsache nach anzuführen.

Die Beschreibung des knöchernen Beckens giebt V. Anlass, sich gegen die Unterscheidung einer geburtshilflichen Conjugata des Beckeneinganges von einer anatomischen auszusprechen, da erstere, von der am meisten gegen die Symphyse vorspringenden Stelle des Promontorium nach der dem letzteren am nächsten gelegenen Stelle der Symphyse gezogen, faktisch gar nicht im Beckeneingang liegt. Er würde die Bezeichnung als kleinster, gerader Durchmesser vorziehen.

Außer den klassischen Beckenebenen führt V. die beiden Hodge'schen Parallelen als wichtig an, die erste vom Beckeneingang gebildet, die zweite dieser parallel durch den unteren Rand der Symphyse gelegt. Hier ist die bei Weitem geräumigste aller Beckenebenen. An Muskeln enthält sie nur einige Faserbündel des

Obturator internus. V. bezeichnet sie als Hauptebene. Die sog. Beckenachse oder Führungslinie erklärt er rücksichtlich der Vorstellung vom Geburtsmechanismus für bedeutungslos. In Bezug auf die Beckenneigung schließt er sich Meyer an. Dieselbe soll nicht wie bisher durch den von der C. v. mit der Horizontalen gebildeten Winkel, sondern dem, welchen eine von dem Knick des Kreuzbeines in der Mitte seines dritten Wirbels zum oberen Ende der Symphyse gezogene Linie mit der Horizontalen bildet, bestimmt werden. Die von M.'sche Benennung dieser Linie als Normalconjugata erklärt er mit Recht für bedenklich. Beckenneigungslinie erscheint ihm passender.

Die Beckenmuskulatur, über welche wir V. schon vom vorigen Jahre her eingehende Studien danken, und das Beckenbindegewebe finden eine ausführliche Besprechung. Es ist dies um so mehr anzuerkennen, als diese wichtigen Kapitel in den meisten Lehrbüchern nur sehr kurz und oberflächlich abgehandelt werden. Auch die Schilderung des Beckens des Neugeborenen, der Umwandlung desselben in das des Erwachsenen verdient Beachtung. Die Anatomie der weiblichen Sexualorgane — besonders dankenswerth ist die Beschreibung der Uterusmuskulatur — beschließt diesen Abschnitt. Das Fortlassen der Dohrn'schen Abbildungen der verschiedenen Formen des Hymen würde entschieden nicht als ein Mangel empfunden werden. Selbst in einem Handbuch kann des Guten zu viel in Bildern gethan werden!

In den der Physiologie der weiblichen Sexualorgane gewidmeten Kapiteln nimmt die Menstruation und Ovulation naturgemäß die erste Stelle ein. Was die Menstruation betrifft, so führt V. dieselbe nicht auf eine Verfettung und Losstoßung der ganzen Schleimhaut oder eines Theiles derselben zurück. Das Oberflächenepithel bleibt erhalten. Die Blutung stammt nach seiner Ansicht aus dem ganzen hyperämischen Endometrium, welches während dieser Zeit in seinen Drüsen blutigen Schleim absondert. Er sieht also die Menses als eine Blutung per diapedesin aus der geschwollenen und hyperämischen Schleimhaut direkt und aus den Drüsen an. Eine regelmäßige Menstruation der Tuben hält er nicht für erwiesen, nur eine menstruelle Hyperämie ihrer Schleimhaut.

Die Ursache der Ovulation sieht V. allein in dem steigenden Druck im Inneren des Graaf'schen Follikels. Ihr erstes Auftreten geht der ersten Menstruation voran. Das Heranwachsen des Graaf-schen Follikels führt zur Anschwellung und Hyperämie des Endometrium, zuletzt zur Blutung. Die Ausstoßung des Eies aus dem Follikel als solche ist ohne Einfluss auf die Auslösung der letzteren. Die Ovulation selbst kann vor oder kurz nach der menstruellen Blutung erfolgen.

Den Ort der Befruchtung des menschlichen Ovulum nimmt V. als schwankend zwischen dem oberen Abschnitt des Uterus und dem Ovarium an; den Konceptionstermin regelmäßig nach dem Eintritt

der letzten Menstruation; die Imprägnation 10—15 Tage nach dem Eintritt der letzten Regel. Die typische Dauer der Schwangerschaft lässt er zwischen 265—270 Tagen schwanken.

Der dritte Abschnitt, die Physiologie der Schwangerschaft behandelnd, bringt zuerst eine in jeder Hinsicht genaue Beschreibung des schwangeren Uterus. V. tritt hier energisch denen entgegen, welche behaupten, dass auch der Cervicalkanal zur Einbettung des Eies verbraucht werde. Findet sich ein Theil desselben am Ende der Gravidität in die Uterushöhle hineinbezogen, so ist dies eine zufällige, nebensächliche Erscheinung, bedingt durch frühzeitige Wehen. Die Verkürzung der Portio am Ende der Schwangerschaft ist nur eine scheinbare, bei der Digitaluntersuchung vorgetäuschte. Das untere Uterinsegment kennzeichnet sich als zur Uterushöhle gehörig einerseits durch seine Auskleidung mit Decidua vera, andererseits durch seine Muskulatur, die sich wesentlich von der des Cervix unterscheidet. Die noch immer stark aus einander gehenden Ansichten über diese wichtigen Punkte führt V. sämmlich an und unterwirft sie einer eingehenden Kritik.

Bei der Anatomie der Placenta giebt V. eine detaillirte Beschreibung der feineren Struktur derselben, besonders der intervillösen Räume nach Waldeyer und Ruge, ohne in dieser schwierigen Frage bestimmte Stellung zu nehmen. Er spricht die Hoffnung aus, dass schon die nächste Zeit die Entscheidung darüber bringen wird, wie man sich die Anatomie der Placenta zu denken hat. — Als Hauptquelle des Fruchtwassers nimmt er die mütterlichen Gewebe an, lässt aber in der späteren Zeit der Gravidität unausgesetzt fötalen Urin beigemengt werden. Unter der placentaren Stoffaufnahme und der durch Osmose weist er auch der Aufnahme des Fruchtwassers durch Verschlucken, vielleicht auch durch Resorption seitens der Haut eine Rolle in der Ernährung des Fötus an. Ob derselbe nur Flüssigkeit zum Aufbau oder auch andere Bestandtheile liefert, lässt er dahin gestellt.

Aus dem die Diagnostik der Schwangerschaft behandelnden Kapitel sei nur die sehr beherzigenswerthe Warnung erwähnt, die innere Untersuchung schwangerer Frauen ohne sorgfältige Desinfektion der Hände vorzunehmen. Es giebt nicht nur sehr viele Hebammen, sondern leider auch noch viele Ärzte, welche bei Schwangeren, selbst wenn sie dicht vor dem Geburtstermin stehen, von dieser Vorsichtsmaßregel, welche sie bei Kreißenden stets befolgen, glauben absehen zu dürfen.

Die Ursache des Geburtseintrittes sieht V. in einer sich mit dem Vorschreiten der Schwangerschaft in Folge anatomischer und anderer Veränderungen (Druck des vorliegenden Theiles auf den unteren Abschnitt des Uterus, des Ganglion cervicale, Überladung des Blutes mit Kohlensäure resp. Sauerstoffmangel in Folge von Kreislaufänderungen), steigender Reizbarkeit des Uterus, Momente, welche sonst von keiner Bedeutung, wirken dann auf den disponir-

ten Uterus determinirend ein. Ein recht spärlich gehaltenes Kapitel über die Diätetik der Schwangerschaft schließt diesen Abschnitt.

Die Physiologie der Geburt hat in Prof. Werth (Kiel) ihren Bearbeiter gefunden. Nach einer kurzen Schilderung des Geburtsverlaufes geht er zu der Besprechung der Druckkräfte bei der Geburt über. Die Bauchpresse hält er für die Vollendung derselben unentbehrlich. Als Beweis führt er an, dass jene ausbleibt, wenn die Chloroformnarkose bis zum Erlöschen der Reflexerregbarkeit getrieben wird.

Die bekannte Schatz'sche Lehre von der Formrestitutionskraft verwirft V., er stimmt vielmehr Lahs bei, welcher für die physiologische Geburt als einzige Erscheinungsform des von der Uterusmuskulatur und der Bauchpresse auf das Ei ausgeübten Druckes die von ihm als allgemeinen Inhaltsdruck bezeichnete annimmt. — Die Schroeder'sche Bezeichnung des inter partum Arbeit leistenden Theiles des Uterus als Hohlmuskel, des nur zum Durchlass für die Frucht bestimmten passiven Abschnittes — unteres Segment, Cervix und Vagina — als Durchtrittsschlauch acceptirt er. Die mit der zunehmenden Verkleinerung des ersteren einhergehende Verdickung seiner Wand führt er nicht auf eine beständige und gleichbleibende Verkürzung der einzelnen Muskelfasern, sondern auf innere Verschiebung der Uterusmuskulatur zurück, eine Anschauung, welche durch die anatomischen Untersuchungen Beyer's an Gehalt gewinnt.

In der anatomischen Abgrenzung des unteren Uterinsegments theilt W. im Wesentlichen den bekannten Standpunkt der Schroeder'schen Schule. Er hält den Beweis für erbracht, dass die vor der Schwangerschaft abgesteckten Grenzen zwischen Decidua und Cervicalschleimhaut auch bei der ferneren Entwicklung respektirt bleiben, dass diese Grenze dort liegt, wo außer der Schwangerschaft der innere Muttermund angenommen wird.

Die Raumbeschränkung des Beckens durch seine Muskulatur und ihren Einfluss auf den Mechanismus der Geburt in Schädellage erkennt W. bei Weitem nicht in dem Maße an, wie Veit. Dagegen stimmt er ihm in der Verwerfung der alten Beckenachse als Führungslinie und der klassischen Ebenen der Beckenenge und Beckenweite bei. Auch er erklärt die Hodge'schen Parallelen für wichtiger als diese. Für die typischen Bewegungen des Schädels während der Geburt macht er nicht den sog. Fruchtwirbelsäulendruck verantwortlich. Die Gestaltung derselben lässt er ausschließlich von der Größe und der Vertheilung der Widerstände abhängen, welchen der Kopf in den unterhalb gelegenen Theilen des Geburtskanals begegnet. So tritt das Hinterhaupt nach vorn, weil der Kopf von Seiten der vorderen Beckenwand im Bereich des Schambogens keinen nennenswerthen Widerstand findet, während seitlich und hinten der weiteren Vorbewegung solche entgegenstehen. Unterstützt wird diese Bewegung durch die gleichmäßige Rundung des hinteren Schädelabschnittes und den flachkonischen Vorsprung des Hinter-

haupthöckers. Durch diese wird ein besonders leichtes Abgleiten ermöglicht. Die Drehung des Rumpfes, d. h. des Rückens mehr der vorderen Uteruswand zu wird hauptsächlich durch die Widerstände veranlasst, welche die Schultergegend von Seiten des Promontorium und des Ileopsoas erfährt. Zum Theil führt sie W. auch auf die gleichgerichtete Kopfdrehung zurück.

In der Auffassung des Austrittsmechanismus der Placenta nimmt W. einen Standpunkt ein, welcher z. Th. dem Duncan's, z. Th. dem Schultze's entspricht. Er unterscheidet sich von dem des letzteren nur in so fern, als die Bildung eines größeren, hinter der Placenta gelegenen Raumes aus dem Uteruskörper, welcher dafür auch während der Wehenpause die Placenta in der Norm zu dicht umschließt, in das druckfreiere Gebiet unterhalb des Kontraktionsringes verlegt. Das Vorkommen mannigfacher Variationen wird zugegeben und diese kurz skizzirt.

Für die Leitung der Nachgeburtsperiode empfiehlt W. ein mehr abwartendes Verfahren. Erst nachdem die Ausstoßung der Placenta in den Durchtrittsschlauch (Anhaltspunkte: Verkleinerung, Härterwerden und Aufsteigen des Hohlmuskels; Verlängerung des vor der Vulva liegenden Nabelschnurabschnittes) festgestellt werden, soll der während einer Wehe festkontrahirte Uterus von der ihn umfassenden Hand nach dem Introitus zu und die Placenta durch diesen hindurch geschoben werden. Doch spricht er auch den anderen Verfahren (Druck auf das untere Uterinsegment; Entfernung durch Zug) abgesehen von inneren Manipulationen die Berechtigung nicht ab. Die Credé'sche Methode nimmt er gegen den Vorwurf, sie verschulde in größerer Häufigkeit abnorm große Blutverluste, in Schutz. Dass sie noch eine längere Überwachung des Uterus nach Entfernung der Nachgeburt erfordert, theilt sie mit dem rein abwartenden Verfahren. Dass sie eine Retention von Eihäuten begünstigt, stellt C. selbst nicht in Abrede, wohl aber, dass diese irgend welche Bedeutung habe. Bei strenger Handhabung der geburtshilflichen Asepsis wird dieselbe allerdings zu schlimmeren Puerperalprocessen nicht führen, wohl aber kann sie Resorptionsfieber, Endometritis, Verzögerung der Involution etc. zur Folge haben.

Den Beschluss des ersten Bandes bildet die Physiologie des Wochenbettes, von Prof. Kehrer bearbeitet. Er betrachtet zunächst die Vorgänge und Veränderungen in den einzelnen Organen und Systemen während des Wochenbettes. Erwähnt sei hier, dass er die Schroeder'sche Erklärung der puerperalen Pulsverlangsamung (geringere Herzarbeit) bis jetzt für die annehmbarste erklärt. Höchst wunderbar berührt es, wenn K. in dem der Verdauung gewidmeten Kapitel behauptet, dass durch den Genuss schwerverdaulicher, wenn auch sonst ohne Nachtheil genossener Speisen häufig Dyspepsie, Magendarmkatarrh, — selbst Puerperalfieber entsteht! Das erinnert ja an die oft gehörten Erklärungsversuche für Wochenbettfieber seitens der Hebammen!

Aus dem die Lochien behandelnden Kapitel sei hervorgehoben, dass K. denselben, auch wenn sie normal, auf Grund eigener Versuche pyrogene und in hohem Grade phlogogene Eigenschaften zuschreibt. Da eine jede Wöchnerin bis zum Aufhören des Wochenflusses in ihren Genitalien reichlich pathogene Spaltpilze enthält, so ist sie nach seiner Ansicht so lange der Gefahr der Selbstinfektion ausgesetzt, bis die Genitalwunden definitiv vernarbt oder doch mit frischen Granulationen bedeckt sind. Dass eine Infektion trotzdem nicht häufiger eintritt, hat seinen Grund wohl darin, dass die vorhandenen Wunden sich rasch genug schließen, um ein Eindringen der Pilze zu verhindern.

Prophylaktisch empfiehlt K. vor jeder ersten Exploration bei einer wirklich oder scheinbar Kreißenden eine gründliche Genitaldesinfektion vorzunehmen, bestehend in Abseifung der äußeren Genitalien und ihrer Umgebung, Überrieselung mit einem Desinficiens, Ausspülung der Vagina mit einem eben solchen (nach gründlicher schonender Abreibung der Scheide während derselben mit aseptischem Finger). Eine Wiederholung ist dann für gewöhnlich nicht nöthig (Ausnahmen: vorzeitiger Blasensprung, sehr lange Geburtsdauer, chronischer Fluor, inter part. entstandener, eitriger, besonders übelriechender Ausfluss). Es folgt eine Scheidenausspülung nach beendeter Geburt, eine solche des Uterus nur nach intra-uterinen Operationen, bei in partu entstandener Endometritis oder abgestorbener Frucht. Die desinficirenden Scheidenausspülungen im Wochenbett erklärt K. für an sich rationell, will sie in der Praxis aber wegen leicht mit ihnen verbundenen Schädlichkeiten unterlassen sehen. Nur für Fälle von starken, nicht sofort vereinigten Genitalverletzungen, Verhaltung von Eihaut-, oder Nachgeburtsresten, Lochiometra, Fieber etc. sollen sie ausgeführt werden. — Nicht nur Damm-, sondern auch tiefe Cervixrisse sollen durch die Naht geschlossen werden.

Ein eigenes Kapitel widmet K. der Sublimatanwendung. Er weist dem Mittel unter den heutigen Desinficientien den ersten Platz an. Als Kontraindikationen stellt er auf: 1) Vorausgegangene Erscheinungen von Hydrargyrose, 2) akute Anämie, 3) Nierenkrankheiten, 4) Darmkatarrhe (zumal septische), 5) große Scheiden-, Damm- oder tiefe Cervixrisse, 6) Atonie des Uterus.

Mit einem kurzen Artikel über das Stillen schließt der erste Band des Handbuches. **Graefe** (Halle a. S.).

---

2) **D. von Ott** (St. Petersburg). Zur Bakteriologie der Lochien. (Aus dem klinischen Institut der Großfürstin Helena Pawlowna in St. Petersburg.)

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 3.)

Da die vor 2 Jahren veröffentlichte Arbeit v. O.'s über diesen Gegenstand den ausländischen Fachgenossen unbekannt geblieben

ist, giebt er einen kurzen Auszug seiner damals gewonnenen Ergebnisse.

Seine Untersuchungen hat v. O. ausschließlich an Wöchnerinnen angestellt; die wichtigsten Ergebnisse waren folgende:

Die von gesunden Wöchnerinnen stammenden und nicht nur der Uterushöhle sondern sogar den oberen Partien der Scheide entnommenen Lochien enthalten keine Mikroorganismen.

Die normalen Lochien sind für Wöchnerinnen vollkommen unschädlich.

Wenn Spaltpilze in den Lochien vorkommen und eine entsprechende puerperale Erkrankung hervorrufen, so sind diese nach Verf.s Ansicht nur von außen, also durch Infektion, in den Genitalkanal gelangt.

Dass eine Vagina, in welcher eine Unzahl von Mikroorganismen nachzuweisen ist, während des Puerperiums unter normalen Verhältnissen von denselben vollkommen frei erscheint, erklärt sich Verf. in folgender Weise: die austretende Frucht erweitert den ganzen Genitalkanal dermaßen, dass alle Falten und Unebenheiten desselben verschwinden; durch die Frucht wird gewissermaßen die Vagina vollständig rein gewischt. Diese Wirkung wird noch obendrein von dem unmittelbar nach dem Austritt der Frucht sich ergießenden Strom von Fruchtwasser unterstützt. **W. Nagel** (Berlin).

---

3) **H. Fehling** (Basel). Einige Bemerkungen über die nicht auf direkter Übertragung beruhenden Puerperalerkrankungen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 3.)

In Anerkennung des hohen Werthes der Arbeiten von Bumm, Döderlein, Gönner, Winter warnt F. jedoch vor einer Verallgemeinerung einiger der von den genannten Forschern gezogenen Schlüsse.

F. findet die Definition Döderlein's von dem Wort Selbstinfektion viel zu eng und macht ferner darauf aufmerksam, dass es durch die bakteriologischen Forschungen nicht widerlegt ist, dass nicht auch nach der Geburt noch Spaltpilze in die weiblichen Genitalien eindringen und sekundäre Erkrankungen hervorrufen können. Im Anschluss hieran hebt F. hervor, dass die Luft der Wochenzimmer nicht so gleichgültig für die Infektion ist, wie insonderheit von Döderlein angenommen wird. F. führt mehrere Beweise hierfür an, theils aus eigener Erfahrung, theils aus derjenigen Anderer. **W. Nagel** (Berlin).

---

4) **Traugott Kroner** (Breslau). Zur Frage des puerperalen Erysipel.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 3.)

K. unterwirft die bisher über diese Frage erschienenen Arbeiten einer kritischen Besprechung und nach Abwägung der ver-

schiedenen pro et contra spricht er sich zum Schluss dahin aus, dass die Frage des puerperalen Erysipels nach wie vor als eine noch durchaus offene zu betrachten ist. »Ist dem aber auch so,« fügt er hinzu, »so wird dadurch gewiss auch schon für den jetzigen Augenblick die Strenge in der Befolgung der geburtshilflich allgemein gültigen prophylaktischen Grundsätze zum mindesten nicht beeinträchtigt werden.« **W. Nagel** (Berlin).

Kasuistik.

5) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

139. Sitzung am 11. Oktober 1888.

Vorsitzender: Herr J. Schramm, Schriftführer: Herr Korn.

Herr Dr. med. Plate wird als Mitglied in die Gesellschaft aufgenommen.

Vor Eintritt in die Tagesordnung demonstrirt Herr Bode ein 11 Tage altes lebendes Kind mit einer kleinmannskopfgroßen Sakralgeschwulst. Dieselbe zeigt eine sehr gefäßreiche Wandung und dünnflüssigen, etwas colloiden Inhalt. Die Cyste ist zum Theil mit feinsten Haaren besetzt. Ein Zusammenhang derselben mit der Meningealhöhle lässt sich nicht nachweisen. Doch fühlt man per anum auf der vorderen Fläche des Kreuzbeines eine seichte Rinne.

Auf eine Frage des Herrn Leopold, ob die Geschwulst Kontraktionen gezeigt, erwiedert Herr Bode, dass er eigentliche Kontraktionen nicht gesehen, doch fühlt sich der Sack manchmal prall, manchmal weniger fest an.

Herr Leopold glaubt doch, dass der Tumor mit dem Meningealkanal in Verbindung stehe, und zwar gerade wegen der deutlich markirten Rinne auf der Vorderfläche des Kreuzbeines.

I. Herr Leopold zeigt 1) ein 11 Tage altes Kind, an welchem er vor 8 Tagen eine Operation wegen Spina bifida vorgenommen.

Der etwa kleinapfelgroße Sack, welcher über den unteren Lenden- und den oberen Kreuzbeinwirbeln saß, war bereits vor der Operation aufgebrochen. Nach gründlicher Desinfektion mit einer Salicylsäurelösung wurde der Sack auf seiner Höhe der Länge nach gespalten. Hierbei trat wieder, wie gewöhnlich, eine ziemlich heftige Blutung aus den kleinen Venen der Sackwand auf, über deren Innenfläche die Cauda equina feinstrahlig ausgebreitet war. Die einzelnen Fasern wurden abpräparirt, in die allerdings sehr breite Rinne des Kreuzbeines gelegt und hierüber die entsprechend verkleinerten Sackwandungen wieder vernäht. Bis heute (8 Tage p. op.) hat die Naht gehalten.

2) Zwei kleinapfelgroße Dermoidkystome, entfernt durch Laparotomie. Vortr. weist hierbei wieder auf die fast ganz konstanten Symptome hin: heftige Schmerzen in einer Seite, besonders während der Periode.

3) Ein beginnendes Ovarialkystom mit einer walnussgroßen Cyste.

4) Einen per vaginam exstirpirten myomatösen Uterus.

5) Ein doppelseitiges Ovarialsarkom, ödematös so locker und weich, dass es Fluktuation vortäuschen konnte.

6) Ein sehr großes Ovarialkystom.

7) ein ca. zweimannskopfgroßes Myom des Uterus mit sehr breitem Stiel, welcher extraperitoneal behandelt wurde.

Die Operirten sind sämmtlich genesen.

II. Herr Leopold spricht über Tympania uteri auf Grund von 10 in der Dresdener Frauenklinik beobachteten Fällen.

(Der Vortrag wird später ausführlicher veröffentlicht werden.)

III. Herr J. Schramm zeigt eine Traubenmole mit Demonstration mikroskopischer Präparate.

Die Trägerin derselben hatte Anfang August ihre letzte Periode und seit dieser Zeit Graviditätsbeschwerden. Mitte September will sie schwer gehoben haben, worauf sich alsbald wehenartige Schmerzen einstellten; gleichzeitig gingen einige Blutklumpen ab. Eine zu Rathe gezogene Hebamme konstatirte einen Abort, doch sei die Nachgeburt zurückgeblieben. Alle 2—3 Tage starker Blutabgang, wodurch die Pat. sich sehr geschwächt fühlte. Bei der Aufnahme in die gynäkologische Klinik des Vortr. zeigte sich der Uterus vergrößert, entsprechend dem 4. Monat der Gravidität, der Cervix sehr rigid und nicht hinreichend dilatirbar. Desshalb wurde versucht, mit der stumpfen Curette die zurückgebliebenen Massen zu entfernen. Unter ziemlich bedeutender Blutung entleerten sich ca. 400 g weiche blasenförmige linsen- bis erbsengroße Massen. Bei den vorsichtig unternommenen schabenden Bewegungen konnte Vortr. konstatiren, dass die Uteruswand, besonders am Fundus, wie in einzelne Trabekeln aufgelöst war und außerordentlich dünn erschien. Es handelte sich somit um eine destruirende Molenbildung. Vortr. glaubt sogar einmal die Wand perforirt zu haben. Der Uterus wurde dann mit antiseptischer Flüssigkeit ausgespült und mit Liq. ferri ausgewischt. Nach einer darauf folgenden subkutanen Ergotininjektion hatte sich der Uterus gut kontrahirt. Reaktionsloser Verlauf.

Herr Korn hat unter ca. $5^1/_2$ Tausend Entbindungen 2mal eine Traubenmole beobachtet. Was die Behandlung anlangt, so hat auch er mit der Curette die Massen möglichst schnell zu entfernen versucht, er warnt aber, zumal bei Verdacht auf Perforation des Uterus, vor der Anwendung von Eisenchlorid. Sehr zu empfehlen seien große Gaben von Ergotin.

Herr Schramm erwiedert, dass er wohl wisse, welche Gefahren eine energische Behandlung mit Liq. ferri in solchem Fall in sich berge, desshalb wäre auch nur eine vorsichtige Auswischung der unteren Partie des Uterus ausgeführt worden, um eine schnelle Kontraktion des Uterus zu bewirken.

---

6) St. Petersburger geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft.

Sitzung am 25. Februar 1888.

1) Herr K. Th. Slawjänsky, der neugewählte Vorsitzende der Gesellschaft, hält einen Vortrag über Peritonitis pelvica lateralis oder kurzweg Perimetritis lateralis, womit er die Fälle bezeichnet, in denen gleichzeitig das Peritoneum der breiten Mutterbänder, der Eileiter, der Seitentheile des Uterus, der anliegenden Darmschlingen, endlich die Oberfläche der Eierstöcke entzündet ist. Die Trennung der einzelnen Formen ist nur selten möglich. S. unterscheidet 1) eine nichtinfektiöse Form (Erkältung, Trauma), 2) eine infektiöse bakterielle Form (Staphylococcus aureus, Gonococcus, Tuberkelbacillus, Actynomyces). Die Mikroorganismen dringen von der Tube aus ein, wo sie erst verschiedene Endosalpingitiden bedingen und dann auf das Peritoneum übergreifen. Die Lymphbahnen dienen den Mikroorganismen als Wege vorzugsweise im Wochenbett; die Eierstöcke dagegen sind größtentheils nur der Ausgangspunkt für nicht bakterielle Erkrankungen. Der Verlauf der nichtinfektiösen seitlichen Perimetritis, wenn streng begrenzt, ist ein sehr rascher, und die Restitutio ad integrum ist meist vollständig. Die bakteriellen Formen dagegen machen die Kranken in der Blüthezeit ihres Geschlechtslebens zu Märtyrerinnen. Folgt eine Ausführung des bekannten Krankheitsbildes. Da Heilung der Krankheit höchst selten ist und fast ausschließlich erst im Klimakterium eintritt, so ist die operative Entfernung der erkrankten Organe indicirt also ist erster Linie die Salpingotomie, in zweiter die Kastration. Die Operation selbst ist weniger gefährlich als die Ovariotomie; S. selbst hat von 15 Fällen keinen verloren. Für nicht indicirt hält er die Operation in frischen Fällen und während der Exacerbation bei chronischen Fällen. Auch ist es zweckmäßig vor der Operation eine Lockerung der vorhandenen Verwachsungen anzustreben, was durch

Massage und Gymnastik in sehr zufriedenstellender Weise erreicht werden kann. Wenn nicht, so muss auch bei Gegenwart von Adhäsionen operirt werden. Dann kann man aber gezwungen werden, sehr fest haftende Stücke der Tubenwand zurücklassen zu müssen. S. sucht Letzteres zu umgehen, indem er den Tubarsack in solchen Fällen spaltet, in die Bauchwunde einnäht und drainirt, wonach dann die Tube obliterirt. So sind 6 Fälle (2 Hydro-, 2 Pyo- und 2 Hämatosalpinx) mit gutem Erfolge operirt worden. In 4 Fällen von Hydrosalpinx hat S. einfach die erreichbaren Theile der Cystenwand abgetragen und den Rest offen in der Bauchhöhle gelassen; in allen 4 Fällen kamen aber Recidive, so dass er diese Methode nicht mehr anwendet. Für die Fälle, wo starke Adhäsionen die totale Entfernung hindern, könnte, wie S. meint, vielleicht die von Bardenheuer proponirte extraperitoneale Methode in Frage kommen.

2) Der Sekretär liest eine eingesandte Arbeit vor von J. J. Fedorow: Über die Vorzüge der geraden parallelen Zange von Prof. Lazarewitsch, die vom September 1887 an in der Warschauer Klinik des Prof. Jastrebow vielfach gebraucht worden ist. Als Vorzüge des Instrumentes werden folgende genannt: Es drückt den Kopf nicht, und verlangt keine Rotationsbewegungen zur Regulirung der Stellung des vorliegenden Theiles, da letzterer, frei von jedem Druck, selbst die Bewegungen eben so durchmacht, wie unter der Wirkung der austreibenden Kräfte. Ferner kann die Zange angelegt werden in jedem beliebigen Beckendurchmesser und in jeder Beckenebene, sogar über dem Beckeneingange eines engen Beckens. Eben so kann sie den Kopf eines nicht ausgetragenen Kindes fassen. Alle diese Thesen werden durch Beispiele belegt. F. behauptet in Folge dessen, dass das Instrument von Lazarewitsch der Typus der normalen Geburtszange ist, manus ferreae im wahren Sinne des Wortes und dass beim Gebrauche desselben die Schwierigkeiten und Gefahren vermieden werden, die durch die Besonderheiten der Bauart der allgemein gebräuchlichen, gekrümmten Geburtszange bedingt sind.

In der Diskussion bemerkt Batzewitsch, dass er nicht zugeben könne, die Lazarewitsch'sche Zange drücke weniger als die anderen; auch bei ihr könnten die Löffel nur durch Druck der Hand an dem Kopfe gehalten werden und nicht durch die Beckenwände.

J. Smolsky bemerkte, dass, an den hochstehenden Kopf angelegt, die gerade Zange den Damm stark nach hinten drängt; bei Erstgebärenden entstehen dadurch unzweifelhaft Schwierigkeiten.

Lazarewitsch sagt, dass er schon 25 Jahre an der Vervollkommnung der Zange, des wichtigsten geburtshilflichen Instrumentes, arbeite. Auf der internationalen Ausstellung in London 1866 hat er seine nicht gekreuzte Zange präsentirt, die den Kopf gar nicht zusammendrückt, sondern nur mit den Spitzen der Blätter vorschiebt, als vis a tergo; dadurch bekomme der Kopf freie Beweglichkeit für den Mechanismus der Geburt. Die zweite wesentliche Verbesserung besteht im Fortlassen der Beckenkrümmung, die Zange wurde gerade gemacht, wodurch der Kopf in jeder Lage gefasst und mit weit größerer Sicherheit in Bezug auf die Richtung gezogen werden kann. Weiter hat L. durch sein Schloss es möglich gemacht, die Blätter in beliebigem Abstande zu parallelisiren, so dass auch bei großem Kopf die Spitzen nicht aus einander weichen und abgleiten. Zu diesen Hauptveränderungen kommen noch kleinere, die sich auf Form und Größe der einzelnen Zangentheile beziehen. Da er mit dieser Zange ein reifes Kind am hoch und beweglich stehenden Kopfe durch ein bis 8,5 verengtes Becken extrahiren kann und zwar außergewöhnlich sicher, bequem und gefahrlos, so nennt er sie die normale Zange. Er hat aus vielen Orten Russlands und sogar Sibiriens lobende Zuschriften über seine Zange erhalten etc. Lazarewitsch referirt endlich kurz über 5 Fälle, in denen er seine Zange angelegt hat und zwar 4mal an den hochstehenden Kopf, 1mal an den Steiß: in 3 Fällen war erhebliche Beckenverengerung vorhanden, Conj. ext. = 17,0—17,5 (innere Maße fehlen). 2 Kinder kamen asphyktisch und wurden nicht belebt, aber unabhängig von der Zangenoperation. Die Mütter genasen alle.

Sitzung am 17. März 1888.

1) S. M. Polotiebnow hat die Breus'sche Zange modificirt, indem er die Kreuzung der Zangenblätter abgeschafft und letztere durch das Lazarewitschsche Schloss verbunden hat. Als Vorzüge rühmt er: 1) die Möglichkeit, nach Belieben den rechten oder linken Löffel zuerst einführen zu können, 2 Vermeidung des Druckes auf den Kindskopf, 3) leichten Schluss, 4) mäßiges Gewicht und Größe der Zange. Das Instrument wird demonstrirt.

Lazarewitsch freut sich der fortschreitenden Annäherung an seine »Normalzange« und ist der Überzeugung, dass mit der Zeit die Verschiedenheiten in der Bauart der Zangen unvermeidlich schwinden müssen.

2) Vom Sekretär wird eine Arbeit von M. A. Schurinow über Ascites als Symptom der Stieldrehung bei Ovariencysten verlesen. Die Mittheilung ist in No. 15 des Centralblattes d. J. erschienen.

3) A. S. Ssolowjew, Fall von Gynatresie mit explorativem Bauchschnitt. 19jähriges Mädchen klagt über Amenorrhöe und fortwährende Schmerzen im Leibe. Die Vagina endet blind, 3—4 Finger breit vom Introitus. Im Leibe ein elastischer, 1—2 Finger breit über den Nabel ragender Tumor, der per vaginam und per rectum Fluktuation darbietet. Auf dem Tumor, mehr nach rechts, sitzt ein zweiter, 6 cm lang, 4 cm breit. Diagnose: Blutretention in den oberen Theilen des Genitaltractus. Der Bauchschnitt, ausgeführt von Prof. Slawjänsky, erwies den großen Tumor als ausgedehnte Scheide und Cervix, den kleinen als Uteruskörper, die Tuben nicht erweitert. Darauf wird die Bauchwunde geschlossen, der Tumor mit dem Trokar von der Vagina aus angestochen, und 400 g altes Blut entleert. Dann wird drainirt und ein Paar Monate später die Öffnung durch seitliche Schnitte erweitert. Genesung ohne Komplikation. S. betont die Zweckmäßigkeit der Probelaparotomie bei Gynatresien, die dem Operateur die Orientirung sehr erleichtert.

Sitzung am 14. April 1888.

A. W. Reprjew: Über den Einfluss der Schwangerschaft auf den Stoffwechsel bei Thieren.

R. setzt aus einander, dass er in der Schöpfung eines neuen Lebewesens die klarste Manifestation des Lebens sähe, und unter den Stoffwechselerscheinungen die Assimilation für das Leben am meisten charakteristisch sei. Da nun das Blut der Mutter das Ernährungsmedium für die Frucht abgäbe, so müssten im Organismus der Mutter auch die Assimilationsprocesse überwiegen. In diesem Sinne hat R. 6 Schwangerschaften (die 7. unvollständig) bei Kaninchen und Hunden verfolgt und durch tägliche Analysen bestimmt: die Einnahme und Ausgabe von Stickstoff, die Ausgabe von Kohlensäure und Wasserdampf, die Aufnahme von Sauerstoff, die Ausscheidung der Chloride und Phosphate im Harn. Er hat gefunden, dass während der Schwangerschaft der Stickstoff vollkommener assimilirt, seine Ausgabe dagegen beschränkt wird; die Menge des aufgenommenen Sauerstoffs und der ausgeschiedenen Kohlensäure ist geringer; eben so fallen im Laufe der Schwangerschaft progressiv die Zahlen für Harnstoff und Phosphate, besonders für letztere.

In einem Falle von pathologischer Schwangerschaft beobachtete R. Abmagerung, Verstärkung der Zersetzungsvorgänge bei gleichzeitiger Neigung aus den aufgenommenen Stoffen mehr zu utilisiren, den Stickstoff zurückzuhalten. So glich dieser Fall einerseits einem hungernden, andererseits einem fiebernden Organismus. Verf. versucht daraus die oft beobachteten Erscheinungen von Abmagerung, Blässe, Fieber, Albuminurie und Erbrechen in der ersten Hälfte der Schwangerschaft zu erklären.

Sitzung am 19. Mai 1888.

E. F. Czerniewski theilt die Resultate seiner bakterioskopischen Studien zur Frage von den puerperalen Erkrankungen mit. Die Arbeit ist unterdessen russisch als Doktordissertation, deutsch im Archiv für Gynäkologie Bd. XXXIII, Hft. 1 erschienen. Wir geben hier nur seine eigenen Schlusssätze wieder:

1) In den Lochien gesunder Wöchnerinnen findet man in der Uterushöhle nur höchst selten und ausnahmsweise Mikroorganismen; daher

2) besitzen die Lochien gesunder Wöchnerinnen weder pyogene noch phlogogene Eigenschaften.

3) In der ungeheuren Mehrzahl der Fälle lassen sich in den Absonderungen aus der Uterushöhle leicht erkrankter Wöchnerinnen Streptokokken nachweisen, die ohne Zweifel diese Erkrankungen hervorrufen.

4) In tödlich verlaufenden Fällen puerperaler Erkrankung (Septikämie lymphatischer Form) entwickeln sich Streptokokken in Kulturen aus den Lochien sowohl, als nach dem Tode aus sämmtlichen Flüssigkeiten und Organen.

5) Tödliche Fälle puerperaler Septikämie hängen ab vom Eintritt des Streptococcus in den Organismus durch die Geburtswege.

6) Die Streptokokken der leichten und schweren Fälle sind identisch.

7) Die Streptokokken, die bei puerperalen Erkrankungen gefunden werden, sind im Stande, sowohl Eiterung, als auch erysipelasartige Entzündungen der Haut hervorzurufen.

8) Die Erkrankung des Organismus durch Streptokokken spricht sich aus in Entartung der parenchymatösen Organe und Hyperämien seröser Häute mit größeren oder kleineren Exsudaten.

---

7) **L. Meyer** (Kopenhagen). Beitrag zur Diagnose und operativen Behandlung der Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Hospitals Tidende 1888. No. 30.)

27jährige Nullipara, seit 3 Jahren an Dysmenorrhoe leidend, verheirathet Mai 1887. Letzte Menstruation Anfangs August, wonach Graviditätssymptome. Bis zum 14. November, als Verf. zum ersten Male die Frau sah, waren mit ungefähr 2wöchentlichem Zwischenraum 5 peritonitische Anfälle vorhanden gewesen, der letztere mit ausgesprochenen Zeichen intra-uteriner Blutung von solcher Stärke, dass letaler Ausgang zu fürchten war.

Die äußerst anämische Frau bot einen etwas vergrößerten, aufgelockerten Uterus dar, links und hinter diesem, demselben dicht anliegend, eine rundliche elastische Geschwulst, nach oben bis zur Mitte zwischen der Symphyse und dem Umbilicaltransversale reichend, Lacunar nicht herunterdrückend. Die Diagnose blieb Extra-uterin-Schwangerschaft, in der 14.—15. Woche geborsten. Als die Frau sich nach den unmittelbaren Folgen der Berstung zu erholen schien, wurde exspektative Behandlung beabsichtigt, mit eventueller Laparotomie bei Wiederholung der Blutung.

Die Untersuchung 4 Wochen später bestätigte die Diagnose, zugleich aber eine Vergrößerung des Tumors und die Wahrscheinlichkeit eines lebenden Fötus (über dem Tumor uterines Geräusch, Vernehmung der pulsirenden Gefäße im Lacunar und der Mammadrüsen). Nach der Untersuchung (mit Sondirung der Uterushöhle) starke, wehenähnliche Schmerzen und 4 Tage später Abgang einer Decidua uterina. An demselben Tage Laparotomie. Nach Öffnung des Peritoneums strömte reichliches Blut heraus; die Hand drang durch die äußerst dünnwandige, und von Pseudomembranen gebildete Geschwulst, extrahirte einen frischen (19wöchentlichen) Fötus nach Durchreißung des dünnen Nabelstranges. Der nicht adhärente Tumor bestand wesentlich aus Placentarmasse, der Stiel, von der verdichteten Tube gebildet, wurde mit Seide ligirt und getrennt. Die fortdauernde Blutung im kleinen Becken von den durch die Hämatocelebildung entstandenen Pseudomembranen stand nicht nach Ausspülung des Beckens mit Borwasser (50° C.), wesshalb Jodoformtamponade nach Miculicz. Der Verlauf war fast reaktionslos, Pat. wurde geheilt entlassen, die Dysmenorrhoe hatte aufgehört. Die Untersuchung des exstirpirten Fötalsackes ergab tubo-abdominelle Schwangerschaft; die Insertion des Eies war

im Infundibulum, hauptsächlich nur Fimbrien bildeten den Eisack, die Eihäute den übrigen Theil von diesem.

An diesen interessanten Fall knüpft Verf. verschiedene Bemerkungen bezüglich der Diagnose und Behandlung an. Die Feststellung der extra-uterinen Gravidität und besonders dann mit einem nach der Berstung sich fortentwickelnden Fötus war in diesem Falle nicht absolut sicher, aber sehr berechtigt; die genaueren Verhältnisse bei der Insertion des Eisackes ließen sich dagegen wegen der Blutansammlung nicht feststellen.

Bezüglich der Behandlung will Verf. bei stattgefundener Berstung baldmöglichst Vorbereitungen zur Laparotomie treffen und dieselbe ausführen, wenn der Zustand andeutet, dass die Blutung nicht sistirt. Im letzteren Falle natürlich Exspektative wie bei einer Hämatocele mit der Möglichkeit vor Augen, dass wiederholte Blutung oder die Fortentwicklung des Fötus die Laparotomie wieder indiciren kann. Nach diesem Plane handelte Verf. im ref. Falle. Gegenüber der von ihm gewählten Exstirpation des Eies, als die Untersuchung es wahrscheinlich machte, dass der Fötus noch lebte, bespricht er die anderen Alternativen: die Unterbrechung der Schwangerschaft durch Elektricität und die Punktur mit folgender Morphininjektion. Gegen die erstere macht er geltend, dass wir genaue Regeln für die Anwendung vermissen, eben so wenig wissen wir, wie der Strom wirkt. Sein Haupteinwand ist, dass durch dieselbe Ruptur des Eisackes verursacht worden ist; wo schon solche stattgefunden hat, muss man daher von der Elektricität absolut abstehen. Bei nicht vorhandener Berstung einer Extra-uterin-Schwangerschaft in der ersten Hälfte will er doch die galvanische Behandlung berechtigt finden. Die Mittheilungen hierüber sind ja schon zahlreich und können wohl nicht alle auf fehlerhafter Diagnose beruhen. Die Punktur des Eisackes ist überhaupt gefährlich, kann sowohl Blutung als Sepsis bedingen, erstere namentlich, weil Placenta in diesen Fällen oft eine bedeutende Ausbreitung hat, letztere weil der Trokar auf dem Wege zur Cyste eine Darmschlinge perforiren und von hier septische Stoffe mitbringen kann. Dieselben Einwände gelten auch der Punktur mit nachfolgender Morphiuminjektion in den Eisack, die zugleich unsicher ist.

Wäre somit im ref. Falle kein anderer Ausweg zur Unterbrechung der Schwangerschaft als die Laparotomie, käme in Frage, ob diese überhaupt der Exspektation vorzuziehen wäre. In dieser Beziehung bespricht Verf. die Statistiken von Werth und Harris, welche zeigen, wie wenig die Operationen bei lebendem Kind in den letzten Monaten der Extra-uterin-Schwangerschaft den Erwartungen entsprochen haben. Gegenüber der idealen Forderung, auf das Kind Rücksicht zu nehmen, betont er besonders, wie oft diese bei Extra-uterin-Schwangerschaft schlecht entwickelt sind und Deformitäten verschiedener Art zeigen, so dass von dieser Seite gesehen das Kind eine absolut untergeordnete Rolle bei der Behandlung der Extra-uterin-Schwangerschaft spielen muss. Diese Erwägungen und namentlich die Möglichkeit einer späteren Berstung des wahrscheinlich nur von Pseudomembranen gebildeten Eisackes bestimmten Verf. zu dem genannten Verfahren, wozu er in der Litteratur kein Analogon gefunden hat, nämlich Berstung, Hämatocelebildung und Fortentwicklung der Schwangerschaft. **Ingerslev** (Kopenhagen).

8) **Ruth.** Die Wirkung des Opiums auf die ungeborene Frucht.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1888. März 10. p. 293.)

Da das Gewicht einer Frucht etwa den 20. Theil des Gewichtes der Mutter ausmacht, so berechnet sich der auf erstere entfallende Antheil an einer der Mutter gegebenen Dosis Opium von 0,24 auf 0,012, während schon etwa 0,001 beim Neugeborenen oder ganz jungen Kind unter Krämpfen Tod herbeiführen sollen. Demnach hält R. die Anwendung großer Dosen Opium bei drohendem Abort für unrichtig, indem die entstehenden Krämpfe des Fötus gerade den Abort herbeiführen, welchen das Opium verhindern soll. R. hat in derartigen Fällen die Kindsbewegungen sich bis zur Unerträglichkeit steigern und den Abort mindestens eben so häufig bei solcher Behandlung eintreten sehen, als ohne sie.

Lühe (Demmin).

9) Murphy. Tetanus im Wochenbett.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1888. März 3.)

Primipara von 24 Jahren wurde mit der Zange entbunden, Dammriss, Naht desselben und Heilung per primam. Am 13. Tage wurde dieselbe von Krämpfen befallen, welche, mit Trismus anfangend, zu völligem Opisthotonus führten, dabei bestand hohe Temperatur. Chloral und Opiate wurden erfolglos angewandt, Antipyrin und Digitalis eben so, schließlich trat unter Delirien und allmählichem Sinken der Herzthätigkeit am 4. Tag nach ihrer Aufnahme ins Hospital, etwa 18 Tage nach der Entbindung der Tod ein. Zuletzt hatten die tetanischen Anfälle aufgehört. **Lühe** (Demmin).

10) Hamill. Uterus im letzten Schwangerschaftsmonat.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1888. März 10. p. 304.)

H. hat den Uterus einer verstorbenen Schwangeren im letzten Monat 24 Stunden nach dem Tode untersucht und der geburtshilflichen Gesellschaft zu Philadelphia vorgelegt. Sehr deutlich ist daran der Bandl'sche Ring ausgeprägt, so wie die feinen, fadenförmigen Bänder, welche Leopold und Lusk bei ihren Kaiserschnitten vom Chorion zur Decidua verlaufen sahen und welche die atrophirten Chorionzotten darstellen. Die Placenta saß an der hinteren Wand.

Lühe (Demmin).

11) M. Zweigbaum (Warschau). Ein Fall von tuberkulöser Ulceration der Vulva, Vagina und der Portio vaginalis uteri.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 22.)

32jährige Vpara, deren sämmtliche Angehörige jung gestorben (woran, unbekannt), erkrankte an einer fungösen Ulceration der Portio vaginalis, welche nach Kauterisation mit dem Paquelin nach Verlauf von 3 Wochen heilte. Bald darauf Recidiv mit heftigem Ausfluss. Untersuchung der Genitalien ergab in der linken hinteren Wand der Scheide dicht am Introitus eine walnussgroße Höhle mit harten Rändern und grauem, speckigem Belag. Portio vag. gleichfalls mit einem grauen harten Geschwür bedeckt. Inguinale Lymphdrüsen vergrößert.

Die Untersuchung des Allgemeinzustandes der Pat. ergab, dass es sich um ein tuberkulöses Individuum handelte. In einem durch die fortschreitende Geschwürsbildung losgestoßenen Stück des linken Lab. min. wurden eine große Menge Tuberkelbacillen nachgewiesen.

Nach nicht ganz 5 Monaten starb die Kranke, nachdem der tuberkulöse Process in den Lungen und im Darm erhebliche Fortschritte gemacht. Auch die lokale Tuberkulose der Portio, Vagina und Vulva hatte weit um sich gegriffen. Ob letztere im vorliegenden Fall primär oder sekundär gewesen, lässt Z. dahingestellt, da die Sektion unterbleiben musste, neigt aber mit Rücksicht auf die schnell fortschreitende und bedeutende Zerstörung in den äußeren Genitalien und den unbedeutenden Veränderungen in den Lungen zu der ersteren Annahme. Besonderes Interesse bietet der Fall durch das Auftreten der Tuberkulose an der Vulva. Z. konnte in der Litteratur nur 2 hierher gehörige Fälle finden, dagegen 29 von Tuberkulose der Vagina, Vaginalportion oder des Cervix uteri. In fast der Hälfte derselben bestand gleichzeitig Tuberkulose der inneren Geschlechtstheile. Bei allen, 3 ausgenommen, handelte es sich um sekundäre, d. h. eine Theilerscheinung allgemeiner Tuberkulose.

Verf. schließt seine Arbeit mit einer kurzen Betrachtung über die Ätiologie der Tuberkulose der weiblichen Genitalien. Sekundäre entsteht entweder per contiguitatem, durch Austreibung von den Nachbarorganen aus oder durch Metastasen. Primäre kann durch direkte Einimpfung während des Coitus mit einem tuberkulösen Individuum oder durch den untersuchenden Finger, Instrumente etc. seitens dritter Personen, welche entweder selbst an Tuberkulose leiden oder gleichzeitig mit der Pflege eines Tuberkulösen zu thun haben, namentlich bei Kreißenden und Wöchnerinnen zu Stande kommen. Ferner kann Bettwäsche, Klosets, Badewasser, be-

schmutzt mit Sputa oder Faeces eines Phthisikers die Injektion übertragen. In dieser Weise ist auch eine Selbstinfektion der Genitalien bei tuberkulösen Individuen möglich.

Eine gewisse Prädisposition für die Entstehung der Tuberkulose der weiblichen Genitalien scheint durch anderweitige, pathologische Processe derselben, durch Entzündungen und Katarrhe des Uterus oder der Tubenschleimhaut, auch durch Tripperinfektion derselben geschaffen zu werden. **Graefe** (Halle a/S.).

12) **Henoch** (Berlin). Über Schädellücken im frühen Kindesalter.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 29.)

H. berichtet über 2 seltene Fälle, bei welchen sich eine Lücke im kindlichen Schädel fand. In dem einen handelte es sich um ein 5monatliches, in dem anderen ein 3monatliches Kind. Beide erkrankten ungefähr im Alter von 4 Wochen an Konvulsionen. Bei dem einen entwickelte sich auf der rechten Seite des Kopfes über dem Ohr eine etwa nierengroße, prall-elastische, ziemlich flache Geschwulst, welche sich auf Druck verkleinerte, beim Schreien des Kindes zunahm und das Licht durchscheinen ließ. Die Haut über derselben war verschiebbar. Rings um die Geschwulst fühlte man scharfe Knochenränder. Durch Punktion wurde eine klare bernsteinhelle, eiweißhaltige Flüssigkeit entleert. Sie musste noch 2mal wiederholt werden. Nach der dritten verkleinerte sich der Tumor schnell sehr erheblich. Man konnte nur eine große Lücke im Schädel konstatiren. Das Kind ging nach einigen Tagen an Collaps zu Grunde. Die Sektion ergab: Fraktur des Scheitelbeins, Meningocele traumatica spuria. Pachymeningitis und Arachnitis chronica adhaesiva, Pachymeningitis recens pseudo-membranosa und Encephalitis chronica interstitialis.

Bei dem anderen Kind fand sich gleichfalls auf der rechten Seite des Schädels und zwar auf der Scheitellinie eine ziemlich weiche, flache Prominenz, welche sich bei Hustenstößen vergrößerte. Sie war wieder von einem aufgeworfenen Knochenrand umsäumt. In der Tiefe fühlt man deutlich eine dreiastige Fraktur im Knochen. Eine Probepunktion entleerte kein Serum, sondern nur Blut, da, wie sich bei der Sektion herausstellte, die Geschwulst keine Flüssigkeit enthielt, die Fluktuation vielmehr durch das unterliegende Gehirn vorgetäuscht wurde. Die Sektion ergab einen ähnlichen Befund wie im ersten Falle.

H. ist der Ansicht, dass es sich hier nicht um angeborene Defekte, sondern um die Folgen traumatischer Einwirkungen handelt. Ob diese vor, während oder erst nach der Geburt eingewirkt haben, lässt er dahin gestellt. Für seine beiden Fälle neigt er zu der letzteren Annahme.

Hat sich eine Schädelverletzung, zunächst vielleicht nur eine Fissur, bei so kleinen Kindern gebildet, so scheint sich diese in Folge der geringen Kalkablagerung durch Resorption des Knochengewebes von den Rändern aus zu vergrößern, so dass schließlich eine breite Lücke entsteht. Ist diese von vorn herein groß genug, so bildet sich sogleich durch Einreißen der adhärenten Dura mater und Pia ein Tumor in Folge von Austritt von Cerebrospinalflüssigkeit. Von größter Wichtigkeit ist die Betheiligung des Gehirns, die Encephalitis, welche sich von der Frakturstelle her oder vielmehr von der Adhäsion, welche sich zwischen Dura, Arachnoidea und Knochen gebildet hat, entwickelt und tief in die Gehirnsubstanz hineingreifen kann. Sie hat den Tod der Kinder mit Sicherheit zur Folge.

Graefe (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 51. **Sonnabend, den 22. December.** **1888.**

I. Noch ein Fall von Operation einer Extra-uterin-abdominal-Schwangerschaft. Todte Frucht. Genesung.

Von

Dr. S. Zajaitsky

Privatdocent der Gynäkologie an der Universität zu Moskau.

Am 30. Mai 1888 trat in meine gynäkologische Abtheilung des Galitzischen Krankenhauses die Bürgerin Agrafena Iwanowa ein, 25 Jahre alt (No. 623 nach dem Empfangsbuche). Beim Ausfragen der Pat. zeigte sich Folgendes: Entbunden zweimal. Letzte Entbindung vor 5 Jahren, Zwillinge. Erkrankte nicht nach der Entbindung. Abortirte kein Mal. Menses traten im 17. Lebensjahre ein; alle 3 Wochen nicht stark, dauerten 5 Tage, schmerzlos. Coitus normal. Blutungen waren keine; am weißen Fluss leidet Pat. nicht. Letzte Menstruation Ende Oktober 1887. Nach dem Ausbleiben der Menstruation zeigte sich Schwindel (nach diesem Symptome erkannte Kranke Anzeichen einer Schwangerschaft), Verhärtung der Brüste (Milch zeigte sich), der Bauch vergrößerte sich; nach 4 Monaten fühlte Pat. Bewegung der Frucht, welche sich am 24. April einstellte. Seit dieser Zeit verkleinerte sich der Bauch; es zeigten sich Schmer-

zen, die immer heftiger wurden; die Brüste wurden weicher und kleiner.

Status praesens. Im allgemeinen Zustande: Schwäche; Athmungsorgane, Blutkreislauf und Verdauung normal. Urin enthält eine geringe Quantität Eiweiß. Reaktion sauer. Specifisches Gewicht = 1020. Brüste schlaff, Milch sondert sich ab, Warzen groß, Kreis um die Warzen herum pigmentirt. Montgomery'sche Körperchen deutlich ausgesprochen. Der Bauch ist vergrößert, die Form erinnert an den Bauch einer Schwangeren. Bauchmaß: von der Symph. bis zum Nabel 6 Zoll, bis Scrobic. 11 Zoll; von der Spina ant. s. bis Linea alba $5^1/_4$ Zoll, dasselbe von der anderen Seite $4^3/_4$ Zoll; die Runde des Bauches 30 Zoll; Linea alba pigmentirt. Beckenmaße normal. Scheideneingang blau-lila gefärbt, relaxirt, sondert klebrigen Schleim ab. Uterus in retro et latero-sinistro-flexio. Beweglichkeit der Gebärmutter unbedeutend, keine Empfindlichkeit, Länge der Uterushöhle = 3 Zoll. Mutterhals erweicht, herabgelassen bis zum unteren Drittel des Scheideneingangs, von lila-blauer Farbe. Kanal des Mutterhalses geöffnet bis zur inneren Mündung. Vorderes und rechtes Seitengewölbe sind von einer fluktuirenden Geschwulst ausgefüllt, schmerzhaft, gleichsam glatt. Parametrium normal. Ligamenta lata gespannt, besonders das rechte. Der linke Eierstock lässt sich durchfühlen, der rechte nicht. Im Damme Varices. Man kann die Bewegung der Geschwulst im Bauche konstatiren ohne Antheil der Gebärmutter an dieser Beweglichkeit. In der fluktuirenden Geschwulst kann man die Anwesenheit eines harten Körpers konstatiren, trotzdem seine Konturen nicht festzustellen sind.

Auf Grund der Anamnese und des Status praesens mussten wir annehmen, dass wir es mit einer Extra-uterin-Schwangerschaft zu thun haben, Eierstock-, oder richtiger, Abdominal-Schwangerschaft (Tubenschwangerschaft ausgeschlossen); 6monatliche Schwangerschaft, todte Frucht. Operation vorgeschlagen. Pat. war nicht einverstanden und bat, zu warten.

Am 31. Mai beim Untersuchen sehr heftige Schmerzen im Bauche; jede Bewegung der Kranken steigerte dieselben. Temperatur 37° C. Gebraucht Narcotica. Eisblase auf den Leib. Am 4. Juni zeigte sich Frösteln. Temp. 39,3°. Die Schmerzen im Bauche verstärkten sich. Es zeigte sich Erbrechen. In den folgenden Tagen bis zum 8. Juni war die ganze Zeit 39° C. Temp. Frösteln täglich. Erbrechen. Tympanie. Vollständige Appetitlosigkeit. Die Kräfte der Kranken verfielen rasch und die Pat., welche erst Angst vor der Operation hatte, bat um sofortige Hilfe.

Am 8. Juni, unter Chloroformnarkose, führte ich die Operation aus[1]. Bauchschnitt in der Linea alba bis aufs Peritoneum. Bauchfell fand man verdickt und vorn an den Sack angewachsen;

---

[1] Es assistirten: W. W. Sutugin, N. J. Stukowenkow, A. B. Voigt, A. M. Eberlin und N. A. Rudneff.

beim Einschnitt in dasselbe, welcher gleichzeitig auch den sehr dünnen, bloß aus fibrinösen Häuten bestehenden Sack eröffnete, floss eine braune, eiterige, stark übelriechende Flüssigkeit hervor. Nachdem wir den Sack ein wenig von der Flüssigkeit geleert, trafen wir den Steiß der Frucht, welcher fast schwarz gefärbt war. Die Frucht wurde beim Oberschenkel gefasst und entfernt; der Kopf stützte sich im vorderen Gewölbe. 6monatliche Frucht, weiblichen Geschlechts, macerirt; Köpfchen, Knochen des Beckens etc. bedeutend erweicht. Dadurch erklärt sich die Unmöglichkeit, die Theile der Frucht vor der Operation durch kombinirte Untersuchung per abdomen und per vaginam zu erkennen. Nach der Entfernung der Frucht untersuchte ich den Sack und fand, dass er aus fibrinösen Häutchen bestehe, welche mehr oder weniger innig mit den umgebenden Eingeweiden verwachsen waren, mit dem Netz, Gedärmen und rechter Fallopi'scher Tube, in der Gegend des Abdominalostiums; dabei Fimbrien der Tube bedeutend verdickt und hypertrophirt, von ihnen gehen dünne, mehr oder weniger starke, falsche Häutchen aus, als Resultat einer mehr oder weniger frischen Perisalpyngitis. In der Absicht, das Bauchende der rechten Tube sammt Sack und Placenta zu entfernen, legte ich in der Mitte der Tube eine Ligatur an, welche auch die Art. spermatica d., en masse, einschloss. Nachdem die Tube abgeschnitten war, zeigten sich Blutungen, welche sich sofort nach der Entfernung der Placenta einstellten. Letztere fand ich in der Tiefe des rechten Gewölbes und entfernte sie zugleich mit der an ihr festgewachsenen Fallopi'schen Tube. Nachdem ich einen großen Theil der fibrinösen Häutchen entfernt hatte, welche die Wände des Sackes bildeten, spülte ich die Bauchhöhle mit einer Auflösung von Sublimat ($^1/_{50}$%ig) aus und führte auf Anrathen meiner assistirenden Kollegen eine Drainage durch die Scheide und je eine in die rechte und linke Seite der Bauchhöhle vom Bauche aus. Lister's Verband. Operation dauerte beinahe eine Stunde. Am Abend der Operation war die Temperatur schon normal. In den nächstfolgenden Tagen war auch keine Reaktion. Am 7. Tage wurden die Drainagen entfernt: sie erwiesen sich vollständig überflüssig. Drainagengänge schwanden ohne Eiterung und am 1. Juli verließ die Kranke das Hospital vollständig gesund. Uterus hatte sich gut involvirt. Absonderungen aus den Geschlechtstheilen waren gar nicht vorhanden.

Dieser Fall und derjenige, den ich im Centralblatt No. 40, 1888, beschrieben habe, geben mir die Möglichkeit folgende Schlüsse zu machen:

1) Diagnose einer Extra-uterin-Schwangerschaft ist leicht.

2) Die Art der Extra-uterin-Schwangerschaft kann mit großer Bestimmtheit festgesetzt werden. Im zweiten, soeben beschriebenen Falle konnte man nach der Operation wohl annehmen, im Hinblick auf Aussehen der Fimbrien und des abdominalen Endes der Tube, dass eben an dieser Stelle der Anfang der Schwangerschaft

stattgefunden hatte und erst später in eine abdominale übergegangen ist (Herausgleiten, Ruptur der Tube). Doch in der Anamnese giebt es keine Anzeichen auf solch einen Verlauf der Schwangerschaft und desshalb muss die Hypertrophie der Tube und Fimbrien dem Entzündungsprocess zugeschrieben werden.

3) Eiterung im Sack mit beginnender Peritonitis verhindert nicht eine gute Prognose und ist die Operation durch Indicatio vitalis angezeigt.

4) Als beste operative Methode muss man die Entfernung des Sackes annehmen, welche höchst wahrscheinlich immer möglich ist.

5) Drainage halte ich für überflüssig.

II. Eine Vierlingsgeburt.

(Mittheilung aus der geburtsh.-gynäk. Klinik des Herrn Professor Löhlein in Gießen.)

Von

Dr. **Steffeck**, Assistent.

Über die Häufigkeit der Vierlingsgeburten liegen verschiedene Angaben vor. Nach G. Veit[1] kommt auf 366 913 Geburten eine Vierlingsgeburt, nach Ploss[2] auf 400 000, nach Neefe[3] auf 560 000, nach Busch und Moser[4] dagegen auf 20—50 000.

In der mir zugänglichen Litteratur fand ich 5 Fälle von Vierlingsgeburten mitgetheilt, die jedoch alle, mit Ausnahme des von P. Müller[5] berichteten, besonders bezüglich der Placentar-Verhältnisse nicht sehr ausführlich beschrieben sind. In einem dieser Fälle[6] blieben drei der 4 männlichen Kinder am Leben; leider ist nicht gesagt, ob die Schwangerschaft ihr normales Ende erreicht hatte; das Gewicht eines jeden dieser Kinder soll übrigens etwa 5 Pfund (!) betragen haben. In einem anderen Falle[7] blieben sogar alle 4 Kinder am Leben, in den drei übrigen dagegen wurde die Schwangerschaft so vorzeitig unterbrochen, dass die Vierlinge sehr bald starben. Auch in unserem Falle begann die Geburt schon am Ende der 26. Woche; ein Kind wurde lebend geboren, starb aber schon nach wenigen Minuten, die anderen drei wurden todt geboren. Abweichend aber von den bisher berichteten Fällen und, wie es scheint, noch einzig dastehend ist, dass die Mutter dieser Vierlinge eine Erstgebärende ist.

Der Fall ist folgender:

Frau M. M., 26 Jahre alt, aus Rödgen bei Bad Nauheim, ist seit ihrem 12. Jahre regelmäßig menstruirt. Im November 1887 verheirathete sie sich; im Januar und Februar 1888 blieb die Periode aus; im März trat eine starke, mehrere Tage dauernde Blutung ein (nach der Beschreibung scheint damals ein Abort stattgefunden zu haben); im April trat 2mal eine Blutung auf und zum letzten Male war Frau M. vom 2. bis 5. Mai d. J. menstruirt. Sie datirt von da ab ihre Schwangerschaft und nach der Entwicklung der Kinder scheint ihre Rechnung richtig zu sein. — Während der Schwangerschaft hatte sie keine wesentlichen Be-

---

[1] und [2] Winckel, Lehrbuch d. Geb. p. 100.
[3] Jahrbücher f. Nationalökon. u. Statistik. Bd. XXVII.
[4] Busch und Moser, Handbuch d. Geburtskunde IV. p. 653.
[5] Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. p. 166.
[6] Rankin, Monatsschr. f. Geb. u. Frkrh. Bd. VII. p. 146.
[7] Leopold, Arch. f. Gyn. Bd. II. p. 287.

schwerden, nur dass sie unter der starken Ausdehnung des Leibes zu leiden hatte. Schon am Ende des 4. Monats war der Umfang des Leibes so groß, dass man in der Familie mit Bestimmtheit auf die Geburt von Zwillingen rechnete. — Die ersten Kindsbewegungen bemerkte Frau M. Ausgangs September; dieselben nahmen mit der Zeit so auffallend zu, dass die Frau wiederholt äußerte, sie habe das Gefühl, »als krabbelten ihr Katzen im Leibe umher«.

In den letzten 3 Tagen vor der Geburt fand ununterbrochen ein Abfluss von wässriger Flüssigkeit statt und es ist mit Bestimmtheit anzunehmen, dass damals bereits die Fruchtblasen gesprungen sind, da während der Geburt weder ein Stellen noch ein Springen von einer Blase beobachtet wurde.

Am 3. November Abends 10 Uhr traten die ersten Wehen auf. Der damalige Befund, den mir bei meinem Hinkommen die Hebamme auf genaues Befragen angab, lautete folgendermaßen: Abdomen sehr stark, halbkugelig hervorgewölbt, zahlreiche frische Striae, Linea alba braun pigmentirt. Der Fundus uteri steht am Rippenbogen und zeigt rechts und links zwei stark nach außen vorspringende Ausbuchtungen; in Nabelhöhe dagegen ist der Leib leicht abgeflacht. Bei der Palpation fühlt man im Beckeneingang einen beweglichen runden, harten Körper, auf der rechten und linken Seite sind, weit von einander entfernt, deutlich kleine Kindestheile fühlbar. Herztöne sind trotz genauer Auskultation nirgends zu hören; Kreißende gab jedoch an, noch an demselben Tage Kindsbewegungen wahrgenommen zu haben. Bei der inneren Untersuchung zeigte sich der Muttermund noch als kleines Grübchen, in welches man mit dem Finger nicht eindringen konnte; der Cervix war zum Theil verstrichen; im Beckeneingang stand ein harter beweglicher Körper. Die Wehen waren schwach. Nachts um 2 Uhr war der Muttermund für einen Finger durchgängig und man fühlte einen Kopf vorliegend; die Blase war gesprungen.

Die Wehen blieben andauernd schwach, so dass am 4. November Nachmittags 1 Uhr der Muttermund erst dreimarkstückgroß war; der Kopf stand im Becken, die Pfeilnaht verlief quer und die kleine Fontanelle stand links, die große rechts; beide Fontanellen in gleicher Höhe. Um 11 Uhr Abends war der Muttermund bis auf einen kleinen Saum verstrichen, der Kopf stand tief im Becken, die Pfeilnaht verlief im rechten schrägen Durchmesser.

Am 5. November Morgens 2 Uhr kam der Kopf zum Einschneiden; die Wehen waren jetzt recht kräftig und lange andauernd: um $2^1/_4$ Uhr wurde Kopf und Rumpf des 1. Kindes mit einer Wehe ausgetrieben; das Kind, weiblichen Geschlechts, lebte. Gleichzeitig mit den Füßen des 1. Kindes kamen beide Füße des 2. Kindes zum Vorschein und letzteres wurde mit derselben Wehe sofort vollständig geboren. Es war männlichen Geschlechts und todt. Die Wehe dauerte immer noch an, und als die Hebamme die beiden Kinder abnabeln wollte, erschien bereits der Kopf des 3. Kindes in der Schamspalte, die Wehe steigerte sich noch einmal und die vollständige Austreibung dieses 3. Kindes erfolgte ebenfalls noch unter der e i n e n Wehe. Es war weiblichen Geschlechts und todt.

Jetzt wurden die 3 Kinder abgenabelt und man glaubte, die Geburt sei nun beendet. Der Uterus aber blieb noch groß, der Fundus stand noch 3 Querfinger über Nabelhöhe und bei der inneren Exploration fühlte man im Beckeneingang den Kopf eines 4. Kindes mit quer verlaufender Pfeilnaht und links stehender kleiner Fontanelle. Die Wehen blieben kräftig und nach Verlauf von $^3/_4$ Stunden erfolgte um 3 Uhr Morgens die Geburt des 4., ebenfalls weiblichen und todten Kindes in 1. Schädellage. Das 1. Kind war inzwischen, nach Ablauf von fünf Minuten gestorben. Die Nachwehen waren gut; nach einer Stunde erschien die Nachgeburt gelöst, und durch leichten Druck auf das Abdomen wurden 2 Zwillingsplacenten entfernt. Keine Nachblutung. Wochenbett ohne Störung verlaufen. Die Föten und die Nachgeburten wurden der Sammlung unserer Klinik überwiesen.

Befund der 4 Früchte:

Dieselben sind alle so entwickelt, wie Föten des 6. Monats; sie zeigen keinerlei Missbildungen und haben ungefähr dieselben Gewichts- und Maßverhältnisse.

Ich lasse diese in einer Tabelle folgen:

Gesammtgewicht 3065 g.

	Gewicht g	Länge cm	Kopf-umfang	Schulter-umfang	Diam. fronto-occ.	Diam. mento-occ.	Diam. bipar.	Nabel-schnurrest
Knabe	770	33,5	23,5	21	7,75	9	6,5	9,5
1. Mädchen	745	32,5	23,0	20	7,5	8,75	6,25	8,5
2. Mädchen	750	33,75	23,0	20,5	7,75	9	6,25	11,5
3. Mädchen	800	34,0	23,0	21	8,0	9	6,25	10,5

Aus dem Sektionsbefunde ist Eins erwähnenswerth: Während nämlich die Uteri des 1. und 2. Mädchens in deutlicher rechtwinkliger Anteflexion lagen, lag der Uterus des 3. Mädchens trotz stark gefüllten Rectums in einer Stellung von Retroversio-flexio und bei dem Versuch, ihn aus dieser Lage herauszubringen, fiel er immer wieder in dieselbe zurück. Die Maße der Uteri sind:

	Länge des ganzen Uterus	Länge des Cervix	Länge des Körpers
1. Mädchen	16,5 mm	9 cm	7,5 cm
2. -	17 -	10 -	7,0 -
3. -	16 -	9,5 -	6,5 -

Befund der Placenten:

Die Nachgeburt besteht aus 2 Zwillingsplacenten. — Die eine derselben hat eine runde Gestalt; ihre Durchmesser sind 15 und 14 cm, ihre Dicke beträgt 2 cm. Die Nabelschnüre inseriren beide marginal, haben eine Länge von $29^1/_2$ und $35^1/_2$ cm, sind recht sulzreich und nicht torquirt. Die Eihäute bestehen aus 2 Amnien und einem gemeinschaftlichen Chorion. Die Amnionscheidewand theilt die Placenta in 2 ungleiche Hälften; die Durchmesser der einen Hälfte sind 12 und 8, die der anderen 13 und 6 cm. Auf der uterinen Fläche findet man keine Trennungsfurche, sondern die Placenta stellt ein zusammenhängendes Ganzes dar. Auf der fötalen Fläche bestehen zahlreiche Anastomosen der beiderseitigen Gefäße.

Die 2. Placenta hat eine halbmondförmige Gestalt mit abgerundeten Ecken. Die Durchmesser sind 19 und $9^1/_2$ cm, die Dicke beträgt etwa 2 cm. Auf der konvexen Seite entspringt das Chorion am Rande der Placenta, auf der konkaven Seite dagegen 2 bis $2^1/_2$ cm vom Rande entfernt; der dadurch gebildete freie Randwall der Placenta ist (auf der fötalen Fläche) bis zum Ansatz des Chorion mit Decidua bekleidet. Die Nabelschnüre inseriren beide dicht an dem konvexen Rande; ihre Längen sind 40 und 28 cm. Die eine Nabelschnur ist sulzreich und nicht torquirt, die andere sehr sulzarm und stark gewunden. Letztere hat ganz das Aussehen, wie der Nabelschnurrest des Knaben und man kann schon hieraus mit aller Bestimmtheit sagen, dass dies Ei dem Knaben angehört hat. Man musste demnach andere Eihautverhältnisse, als an der ersten Placenta erwarten. Die Eihäute waren zwar etwas zerstört, jedoch ließ sich die Scheidewand in 4 Schichten zerlegen; es sind also 2 Chorien und 2 Amnien vorhanden. Nach Auseinanderziehung dieser beiden Chorien ließ sich Decidua auf denselben nicht nachweisen, und somit müssen sich die beiden Eier vereinigt haben, ehe sich die Reflexa gebildet hat. Interessant ist ferner, dass sich Chorion und Amnion des Knaben 2—3 cm weit auf die Fötalfläche der nebenliegenden Placenta herübergedrängt haben und derselben fest aufsaßen. Hierdurch erscheint die Fötalfläche der ganzen Placenta in zwei ungleiche Theile zerlegt, was aber in der That nicht der Fall ist. Gefäßanastomosen sind zwischen den beiden Eiern nicht vorhanden.

Aus dem Befund der uterinen Fläche ersieht man noch deutlich die ehemalige getrennte Anlage der Eier. Die beiden Placenten hängen zwar vollkommen zusammen, jedoch befindet sich im Placentargewebe eine vom konvexen Rande beginnende, quer durch die Placenta hindurchlaufende Furche; diese Furche setzt sich nicht ganz bis zu dem konkaven Rande fort, sondern endet 2 cm von diesem entfernt, also gerade an der Stelle, wo auf der fötalen Fläche das Chorion ansetzt. Geht man in dieser Furche mit den Fingern in die Tiefe, so sieht man, dass die Placenten nur durch eine dünne Schicht von feinen Zöttchen zusammenhängen. In dem freien Randwall befindet sich jedoch keine Trennungsfurche,

sondern die Placenten werden durch diesen Wall innig mit einander verbunden und gewähren dadurch den Eindruck einer einzigen, auch ursprünglich zusammen angelegten Placenta.

Erwähnen will ich zum Schluss noch, dass die Mutter der Vierlinge eine schlanke, gracil gebaute Frau und der Vater ein kleiner magerer, aber kräftiger Mann ist. Zwillingsgeburten sind schon zweimal in der Familie vorgekommen; sowohl die Mutter des Mannes (dieser selbst ist aber kein Zwilling), als auch eine Schwester der Mutter der Frau sind je einmal von Zwillingen entbunden worden.

---

1) **Weinhold** (Breslau). Das Sublimat in der Geburtshilfe.

Inaug.-Diss., Breslau, 1888.

Nachdem das Sublimat 1883 in der Breslauer Frauenklinik mit dem günstigsten Erfolge angewendet und der Gebrauch desselben von Toporski aufs wärmste empfohlen worden war, folgten zahlreiche Publikationen aus Kliniken, die das Sublimat bereits mit demselben günstigen Resultat gebraucht hatten, und solchen, die dasselbe auf die Empfehlung hin in Anwendung gezogen hatten. Alle waren des Lobes voll über die ungeheure Desinfektionskraft des Mittels. Stadfeldt (Kopenhagen) war der Erste, der seine mahnende Stimme erhob, man solle in der Anwendung, namentlich in der Koncentration vorsichtiger sein; er hatte eine Wöchnerin nach einer geringen Uterusausspülung an Intoxikation verloren. Bald häuften sich die Berichte, die von ähnlichen Unglücksfällen zu berichten wussten. Die Einen wollten desshalb das Sublimat aus der Geburtshilfe ganz verbannt wissen, wieder Andere meldeten die besten Erfolge. Es erhob sich ein Streit für und wider, der bis heute noch nicht geschlichtet ist. Mikulicz wies durch Experimente nach, dass das Sublimat desshalb bei Ausspülungen nicht wirken könne, weil es mit dem Eiweiß der Gewebe Verbindungen einginge, welche die desinficirende Kraft nicht besäßen. Das Sublimat wirke auf Blutmischungen ein in einer Koncentration von 1 : 400 (Karbol 1 : 200). Selbst die Waschungen der Hände mit Seife und Sublimatlösung hielt Ziegenspeck für unwirksam, während Liebreich diese Ansicht Z.'s für unrichtig erklärte. Um das Ausfallen des Sublimats in Lösungen zu verhüten, wurde der Zusatz von Citronensäure, Essigsäure, Kochsalz (Angerer) empfohlen. Geißler hat Sublimatseifen hergestellt, die nach Johne's Versuchen in Dresden einen hohen antiseptischen Werth haben.

Während man, trotz der Warnungen, in Breslau wegen der mangelhaften Einrichtungen der Klinik die Sublimatausspülungen, selbst in hohen Koncentrationen, beibehalten hatte, gab eine im Sommer 1888 ausgebrochene Puerperalfieberepidemie, wo man durch Sublimat einige Intoxikationen zu berichten hatte, Veranlassung, dass man den Sublimatgebrauch einschränkte.

W. berichtet in seiner Dissertation über die Principien, nach denen jetzt in der Klinik das Sublimat in Gebrauch gezogen wird. Verf. unterscheidet 4 Anwendungsmöglichkeiten desselben:

1) als Desinficienz der Hände und Instrumente,
2) » » für Kreißende vor der Geburt,
3) » » unmittelbar nach der Geburt,
4) » » und Heilmittel im Wochenbett.

Als Desinficienz der Hände ist das Sublimat unstreitig das beste Mittel. Hierfür sprechen die Versuche Fürbringer's in der Jenenser Klinik. Außerdem bietet dasselbe eine Sicherung gegen Ansteckung mit Lues. Zur Desinfektion der Instrumente ist Sublimat bloß für nicht metallische zu empfehlen. Vor Untersuchung der Kreißenden sollen Schenkel, Bauch, Vulva mit Sublimat gehörig gewaschen werden. Auch Vaginalirrigationen im Beginne der Geburt können ohne Schaden gemacht werden. Zu viel soll während der Geburt nicht gespült werden. Nach der Geburt dürfen Scheidenausspülungen mit Sublimat stattfinden, dagegen Uterusausspülungen nicht. Bei normalem Wochenbett ist jede Spülung überflüssig, dagegen sollen die äußeren Genitalien täglich gewaschen werden, am besten mit Sublimat. Bei einer ernsteren Wochenbettserkrankung verbietet sich die Anwendung des Sublimats schon wegen des Fiebers und Kräfteverfalls. **Hellbrun** (Kassel).

---

2) **E. Kaufmann.** Die Sublimatintoxikation.

Akadem. Habilitationsschrift, Breslau, 1888.

Die vorliegende Arbeit giebt einen vollkommenen Überblick über die bisherigen Veröffentlichungen auf dem einschlägigen Gebiete mit dem Endergebnis, dass man sich in Betreff der toxischen Wirkungen des Quecksilbers auf den thierischen Organismus noch immer in einer »terra incognita« bewegt, und bestätigt durch eigene sehr sorgfältige Experimente im Großen und Ganzen die von Heineke gegebene Erklärung der Giftwirkung des Quecksilbers durch Bildung eines Blutferments. Woher dieses Ferment stammt, bleibt nach Verf. unklar, da der Zerfall der rothen Blutkörperchen zur Erklärung nicht ausreiche.

K.'s Experimentaluntersuchungen an Kaninchen und Hunden, die er in verschiedener Weise mit Sublimat vergiftete und secirte oder vivisecirte, ergaben in Übereinstimmung mit den früheren Autoren, dass sich ähnliche klinische und pathologisch-anatomische Symptome wie beim Menschen, so auch bei den genannten Thieren erzeugen lassen, unter denen als besonders charakteristisch hervorzuheben sind: enorme Blutüberfüllung des venösen Systems, oft mit ausgedehnter Gerinnung des Blutes, Kapillarthrombosen in Lunge, Darm, Niere u. a. Organen, Kalkniere, sowie die Zerstörung der rothen Blutkörperchen. Zum Nachweis der intravitalen Entstehung der Kapillarthrombosen bediente sich K. der Silbermann'schen Methode der Autoinfusion der Organe mit färbenden Flüssigkeiten (Indigokarmin). Die thrombotischen Stellen der verschiedenen Organe blieben farblos im Gegensatz zu den blaugefärbten normalen

Theilen, so besonders in den Lungen und im Blinddarm auf der Höhe der Falten — zu einer Zeit, wo von einer Nekrose oder Diphtherie der Schleimhaut noch keine Rede ist. Sodann studirte Verf. die direkte Einwirkung des Sublimats auf das Blut, theils innerhalb theils außerhalb des Organismus, und transfundirte toxisches Blut, defibrinirt, anderen Thieren, die dann an Blutthrombosen zu Grunde gingen (Fermentwirkung). **Pfannenstiel** (Breslau).

---

3) **Willers.** Über die Berechtigung der Kastration der Frauen zur Heilung von Neurosen und Psychosen bei intactem Sexualsystem.

Dissertation, Freiburg i. Br., 1887.

Verf. hat fast sämmtliche Kastrationen bei Neurosen und Psychosen, mit Ausnahme derjenigen der Freiburger Klinik, welche besonders veröffentlicht werden sollen, in einer fleißigen Arbeit zusammengestellt. Dieselbe zerfällt in folgende Abtheilungen:

I. Kastration der Frauen bei Neurosen und Psychosen bei intaktem Sexualapparat.

15 Fälle, 8 wegen allgemein hysterischer Neurosen, 4 wegen echter Epilepsie, 1 isolirte Neurose (Dysmenorrhoe), 2 wegen Psychose. Von diesen 15 Fällen waren 3 gleich nach der Operation, 1 später geheilt, 4 gebessert, 4 nicht gebessert, 3 verschlimmert. Amenorrhoe ist 8mal sofort post oper. eingetreten, 1mal noch 2mal Blutungen, 1mal bestand Blutung weiter, 5 Fälle ohne Angabe.

II. Kastration der Frauen bei Neurosen und Psychosen ohne anatomische Veränderungen der Ovarien, jedoch mit pathologischen Vorgängen im übrigen Sexualapparat, die für die Entstehung der Symptome von keiner besonderen Bedeutung sind.

8 Fälle, 4 allgemein hysterische Neurosen, 1 echte Epilepsie, 3 isolirte Neurosen; 6 totale Heilungen, 1 Besserung, 1 Verschlimmerung; 6mal Amenorrhoe gleich nach der Operation eingetreten, 2 ohne Angaben.

III. Kastration der Frauen bei Neurosen und Psychosen mit anatomischer Veränderung der Ovarien (kleincystische Entartung, Stromadegeneration, geringe Perioophoritis, Descensus ovariorum) *ohne* weitere Veränderung des Sexualapparates.

28 Fälle, 8 wegen allgemein hysterischen Neurosen und Hysteroepilepsie, 8 wegen echter Epilepsie, 8 wegen isolirten Neurosen (Dysmenorrhoe, Ovarialschmerzen), 4 wegen Psychosen (Manie, Melancholie). Von den 28 Fällen sind 8 ohne nähere Angaben des Endresultates, 13 totale Heilungen (8 gleich nach der Operation, 5 im späteren Verlauf), 3 Besserungen und temporäre Heilungen, 4 ohne Besserung (3 Epilepsie und 1 Manie). 14mal Amenorrhoe eingetreten, 2 Amenorrhoe *nicht* eingetreten, 12 ohne Angaben.

IV. Kastration der Frauen bei Neurosen und Psychosen und anatomischen Veränderungen der Ovarien (cf. III) *und* Komplika-

tionen im übrigen Sexualapparat, die für die Entstehung der Symptome von keiner besonderen Bedeutung sind.

14 Fälle, 5 hysterische Neurosen, 1 echte Epilepsie, 8 isolirte Neurosen; 13 totale Heilungen, 1 Verschlimmerung des Leidens. Diese letzte Tabelle zeigt, bei den meisten Veränderungen im Sexualapparat, die günstigsten Resultate. **Hellbrun** (Kassel).

---

4) **E. Czerniewski** (St. Petersburg). Zur Frage von den puerperalen Erkrankungen. Eine bakterioskopische Studie.

(Archiv f. Gynäkologie Bd. XXXIII. Hft. 1.)

Verf. hatte sich zur Aufgabe gestellt, die Entstehung der leichten puerperalen Erkrankungen, worüber bis jetzt noch keine feste Ansicht besteht, zu erforschen und womöglich zu ermitteln, ob die genannten Erkrankungen auf dieselben Mikroorganismen zurückzuführen sind, wie die schweren Formen der puerperalen Sepsis.

Die bakterioskopischen und mikroskopischen Untersuchungen sind in Iwanowsky's Laboratorium ausgeführt worden; die Wöchnerinnen, deren Lochien untersucht wurden, befanden sich in der Krassowski'schen Gebäranstalt.

Zur Untersuchung dienten theils die Lochien, theils das Blut, welches durch Stich oder durch Eröffnung der Vena mediana gewonnen wurde. Von den Verstorbenen wurden Kulturen der Leiche gezüchtet und das Impfmaterial aus den Flüssigkeiten verschiedener Körperhöhlen, verschiedener Organe und aus dem Blute bezogen.

Auf Grund seiner Untersuchungen ist Verf. zu folgenden Ergebnissen gelangt:

1) In den Lochien gesunder Wöchnerinnen findet man in der Uterushöhle Mikroorganismen höchst selten und nur ausnahmsweise; daraus folgt,

2) dass die Lochien gesunder Wöchnerinnen weder pyogene noch phlogogene Eigenschaften besitzen.

3) In den meisten Fällen lassen sich in den Lochien aus der Uterushöhle bei leicht erkrankten Wöchnerinnen Streptokokken nachweisen, was sich durch Kontrollversuche und Einspritzungen von Lochien beweisen lässt.

4) Bei tödlich verlaufenden puerperalen Fällen (Septikämie, lymphatischer Form) entwickeln sich Streptokokken in den Kulturen aus den Lochien, als auch nach dem Tode aus allen Flüssigkeiten und Organen.

5) Die Streptokokken bei leichten als auch bei tödlich verlaufenden puerperalen Erkrankungen sind vollständig dieselben.

6) Die bei puerperalen Erkrankungen vorhandenen Streptokokken können sowohl Abscesse als auch erysipelartige Entzündungen der Haut hervorrufen.

7) Im erkrankten Organismus führen die Streptokokken zu einer

Entartung der parenchymatösen Organe und zur Hyperämie der Serosa mit größeren oder kleineren Exsudaten.

Kulturen aus dem Blute Lebender hat Verf. nur äußerst selten erhalten können. Von über 300 Saaten 27 leicht erkrankter Wöchnerinnen erhielt er nur in 6 Probirröhrchen von 5 Wöchnerinnen Kulturen. Die Saaten aus dem Blute schwer Erkrankter gelangen besser, besonders wenn sie kurz vor dem Tode vorgenommen wurden. Hier erhielt er von 70 Saaten in 9 Fällen, die sich auf 5 Wöchnerinnen vertheilten, reine Kulturen von Streptococcus.

Da Verf. nun, wie oben angegeben, in den Lochien leichter wie schwerer Fälle puerperaler Erkrankungen ein und denselben Mikroorganismen begegnete, so wollte er sich überzeugen, ob denn auch wirklich diese als Krankheitserreger wirken oder vielleicht eine andere Art von Mikroben; desshalb injicirte er unmittelbar das Lochialsekret erkrankter Wöchnerinnen Kaninchen und nahm bei etwaigem Todesfall mit den Körper- und Organflüssigkeiten des Kadavers Aussaaten vor. Über diese Thierversuche berichtet Verf. ausführlich und liefert ferner tabellarische Zusammenstellungen über die ihm als Untersuchungsmaterial dienenden Wöchnerinnen.

Über die Einzelheiten seiner Untersuchungsmethoden und seiner Ergebnisse muss im Original nachgelesen werden.

W. Nagel (Berlin).

---

5) **E. Fraenkel.** Über die Veränderungen des Endometrium bei Carcinoma cervicis uteri.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXIII. Hft. 1.)

Verf. hat in 6 Fällen von Carcinom des Cervix (Verf. kann nicht entscheiden, ob nicht in einigen der Fälle der Beginn der Erkrankung an der Portio war) die Körperschleimhaut des Uterus untersucht. Die Fälle stammen bis auf einen von Dr. Prochownik operirten aus dem allgemeinen Krankenhaus zu Hamburg. 4mal war der Uterus durch Totalexstirpation entfernt, 2mal durch Sektion von an inoperabelem Uteruscarcinom gestorbenen Frauen gewonnen. In keinem Fall überschritt die in allen Fällen ziemlich ausgedehnte krebsige Erkrankung den inneren Muttermund. Verf. hat in allen Fällen eben so wie Abel gefunden, dass die Schleimhaut des Uteruskörpers schwere Veränderungen erleidet, aber obgleich seine mikroskopischen Bilder mit denen Abel's ziemlich übereinstimmen, so weicht er doch in ihrer Deutung eben so wie Eckart (s. dieses Centralbl. 1888, No. 26, p. 426) von Abel erheblich ab. Man sei nur berechtigt von einer bei an Carcinom des unteren Gebärmutterabschnittes leidenden Frauen anscheinend regelmäßig vorhandenen Entzündung der Körperschleimhaut zu sprechen, welche sich bald als Endometritis glandularis sowohl hypertrophica als auch hyperplastica, bald als Endometritis interstitialis mit Neigung zur Neubildung von Schleimhautgefäßen zeige. Ob die spindelzelligen Elemente stets aus Rundzellen hervorgingen, wie Ruge annehme, oder

ob sie direkt entständen aus den auch in gesunder Uterusschleimhaut vorhandenen Bindesubstanzzellen, sei noch nicht sichergestellt. Verf. neigt sich der letzteren Anschauung zu.

Unentschieden sei es auch, ob die Erkrankung der Körperschleimhaut bei Carcinom des unteren Gebärmutterabschnittes als primäre oder als sekundäre aufzufassen sei. Aber wie dem auch sei und wenn auch Verf. diese Veränderung der Körperschleimhaut für keine maligne hält, so steht er doch auf dem Standpunkt derjenigen, welche in jedem Fall von Carcinom des unteren Gebärmutterabschnittes die Totalexstirpation des Uterus vornehmen.

Vowinckel (Berlin).

Kasuistik.

6) Aus der gynäkologischen Gesellschaft in Kiew.

Sitzung am 30. Januar 1888.

Berakowski erstattete Bericht über 16 von Prof. Rein in 3½ Jahren ausgeführte Myotomien. Nur 3 Kranke starben in Folge der Operation (18,7%), während die Sterblichkeit nach Myotomien in Russland überhaupt 32% beträgt.

Zweimal wurde das Fibroid ausgeschält ohne die Höhle der Gebärmutter zu öffnen (beide genasen) 10mal wurde die Gebärmutter amputirt (einmal extraperitoneal) mit 2 Todesfällen, einmal wurde das Fibroid nach dem Typus des Kaiserschnittes ausgeschält (die Kranke genas), 3mal musste die Geschwulst mühsam aus den breiten Bändern ausgeschält werden (ein Todesfall). Rein hob dabei die schnell fallende Gefährlichkeit der Operation hervor, während vor Kurzem (1876) noch 62% der Kranken starben, beträgt die Sterblichkeit im Allgemeinen noch 25—30%.

Lachnitzki empfahl zur Desinfektion der Tupelo- und Laminariastifte die in einer an einem Ende verschlossenen Glasröhre im Koch'schen Apparate bei 150° C. ½ Stunde lang zu erhitzen und dann das andere Ende der Röhre zuzuschmelzen.

Wirski stellte eine Kranke vor, bei welcher nach einer schweren Ovariotomie, wo der Stiel aus dem linken breiten Bande gebildet und in der Bauchwunde befestigt wurde, während der Menstruation auch aus der Narbe der Bauchdecken Blut abgesondert wurde. Mit dieser Stelle ist die linke Ecke des Uterusgrundes, wie man fühlt, verwachsen. (Nach einer 2. Ovariotomie, bei der der rechte Eierstock entfernt wurde, hörte die Blutabsonderung aus der Narbe auf.)

Sitzung am 25. Februar 1888.

Krackowski theilte einen Fall von künstlicher Frühgeburt bei Nephritis aus der Klinik des Prof. Rein mit. 19jährige Erstgebärende. Im 6. Schwangerschaftsmonate bemerkte die Kranke zuerst Anschwellen der Füße, einen Monat später hörten die Bewegungen der Frucht auf. 14 Tage später fiel sie zufällig, wobei ein Bündel Holz ihr auf den Leib fiel, bald darauf schwoll das Gesicht an und sie verlor vollständig das Sehvermögen. Der Harn enthielt sehr viel Eiweiß und Cylinder. Die Retina auf beiden Augen, besonders in der unteren Hälfte des linken Auges abgelöst, Sehvermögen gleich 0. Bedeutendes Ödem der Beine bis zu den Schenkeln und der Augenlider. Grund der Gebärmutter zwischen Nabel und Herzgrube, erste Schädellage. Durch Einführung eines Bougie wird die künstliche Frühgeburt eingeleitet, die schon nach 30 Stunden mit der Geburt eines todten 8monatlichen Knaben endet. Die Nachgeburtsperiode verlief ohne Störung schon am 9. Tage war das Ödem verschwunden und das Sehvermögen wieder hergestellt.

Sitzung am 30. März 1888.

Ketlinsky theilte einen Fall von Exstirpation der krebsig entarteten vorgefallenen Gebärmutter mit.

Bei der 30jährigen Kranken war die Gebärmutter ganz aus den Geschlechtstheilen hervorgetreten, hatte die Größe einer Apfelsine. Der untere Theil des Scheidentheils zeigte sich mit Geschwüren bedeckt, deren Ränder verdickt waren. Die Gebärmutter wurde exstirpirt, wobei zunächst die breiten Ränder unterbunden und erst zuletzt die Gewebe vorn und hinten getrennt wurden. In die Wunde wurde nur Jodoformmarli gelegt. Heilung nach 3 Wochen.

(Bei Besprechung dieses Falles wurden Zweifel ausgesprochen, ob auch wirklich krebsige Entartung bestanden habe und ob auch wirklich die Entfernung der Gebärmutter nothwendig und zweckmäßig gewesen sei. **Reimann** (Kiew).

7) **E. Ingerslev** (Kopenhagen). Prolapsus uteri inversi.

(Hospitals tidende 1888. No. 29.)

29jährige Secundipara, bei deren erster Geburt die Placenta wegen fester Anheftung gelöst werden musste. Die 2. Geburt des großen Kindes war sehr leicht verlaufen, nach derselben waren weder Reibungen noch Zug an der Nabelschnur seitens der Hebamme vorgenommen worden; die Frau selbst überwachte nach Aufforderung der Hebamme mit eigener Hand den Uterus. Während dessen bekam sie plötzlich starke drängende Wehen, glaubte noch ein Kind zu gebären, indem sich eine große Masse aus den Genitalien hervorschob unter starker Blutung und Ohnmachten.

Die Frau war im höchsten Grade kollabirt, zwischen den Schenkeln lag der völlig prolabirte und umgestülpte Uterus mit größtentheils anhaftender Placenta. Nach Lösung derselben unter Blutung heftigster Art wurde die Reposition vollführt und gelang erst durch starken Druck am Fundus. Die Frau schien danach moribund; nach mehreren Ätherinjektionen wurde der Puls fühlbar, die Respiration aber war sehr erschwert, große Unruhe und verschlimmertes Aussehen. Nach subkutaner Injektion einer lauwarmen 7‰igen Kochsalzlösung (ca. 400 g) an den Unterschenkeln erholte sie sich etwas, namentlich war die Wirkung am Pulse unzweifelhaft, dennoch war der Zustand in den folgenden 12 Stunden recht bedrohend, nach kurzem Schlafe aber besserte sich Alles und das Puerperium verlief ganz ungestört, am 14. Tage konnte sie das Bett verlassen, nur an den Folgen der Anämie leidend. **Ingerslev** (Kopenhagen).

8) **J. Ohage** (St. Paul, Minn.). Ein Fall von Kaiserschnitt nach Sänger.

(Med. news 1888. Juni 23. p. 685.)

29jährige rachitische Frau von 1 m 18 cm Höhe mit Brustkyphose und Lendenlordose, Os sacrum fast horizontal. Promontorium nahe über der Symphyse, Conjugata (diagonalis oder vera?) 1¾ Zoll (= 4½ cm); Becken im queren Durchmesser ausgezogen und unregelmäßig verengt. Die Frau wurde während der Schwangerschaft gesehen, in separirtes Zimmer im Hospital kurz vor der Niederkunft aufgenommen. Niederkunft am 1. Juni erwartet; um in keiner Weise durch die Geburt überrascht zu werden, wurde mit elastischem Katheter die Geburt künstlich eingeleitet am 28. Mai (1888) Abends. Am nächsten Morgen deutliche Wehen (die Blase war beim Einführen des Katheters gesprungen und das Fruchtwasser abgeflossen); äußerer Muttermund eröffnet auf ca. 50pfennigstückgröße (»silverquarter«), Kind lebt. Operation in typischer Weise, Kind schreit sofort; nach Entwicklung des Kindes wird der elastische Schlauch um den Uterus geführt. Naht mit Seide ohne vorherige Unterminirung noch Resektion, 11 tiefe, 17 serseröse (Lambert'sche) Nähte. Zeitdauer der Operation (incl. Narkose) 41 Minuten. Die ersten 4 Tage gutes Befinden, kein Fieber; am 2. Juni (5. Tag p. o.) rasches Sinken, Tod etwas nach Mitternacht.

Sektion: Peritonealhöhle frei von Serum, Blut, Eiter. Peritoneum nicht verfärbt, ausgenommen eine kleine Stelle in der Nähe der linken Tube, wo leichte Verfärbung. Uterus klein, Wunde völlig und sehr fest geschlossen; Endometrium mit Jodoform bedeckt, missfarbig, besonders nahe der linken Tube; Tuben, Ovarien gesund. Endometritis septica (diphtheritica). **Kreutzmann** (San-Francisko).

9) **F. H. Gross** (Philadelphia, Pen.). Blasenstein mit Chylurie.

(Med. news 1888. Juni 16. p. 666.)

19jährige Frau erkrankte nach ihrer 1. Entbindung mit Rückenschmerzen und Kräfteverfall; sie gab an, dass sie »Milch anstatt Harnes entleere«. Es wurde Chylurie festgestellt und vorübergehende Besserung auf Acid. gallic. erzielt. Der Urin war zeitweise so dick, dass er nur schwer gelassen werden konnte. Bei der Auswaschung der Blase wurde sofort ein großer Stein entdeckt. Entfernung desselben nach Erweiterung der Urethra und Zertrümmerung. Es zeigte sich dabei, dass der Stein theilweise um eine Haarnadel konsolidirt war, welche der Entfernung besonders dadurch Schwierigkeiten bereitete, dass das eine freie Ende in die Vesico-vaginalwand eingewachsen war. Über das Eindringen der Nadel in die Blase konnte keine Auskunft erlangt werden. Die Steinkonkremente bestanden aus Uraten, Phosphaten und Fett und wogen 540 Grains (36 g). Die Herkunft der Chylurie wird so erklärt, dass durch die Enden der Haarnadel die Lymphgefäße der Blase verletzt wurden, ein Lymphvarix entstand und so ein direktes Rinnen des Lymphgefäßsystems zu Stande kam. Es erfolgte glatte Heilung.

Kreutzmann (San-Francisko).

10) **C. L. Dodge** (Kingston, N. Y.). Chorea gravidarum.

(Med. news 1888. Juli 28. p. 98.)

23jährige IIpara von kräftigem gesunden Aussehen; keine Chorea als Kind, nie Rheumatismus gehabt. Die ersten Symptome der Chorea traten ein in dem 6. Monate der Gravidität mit Muskelschwäche des linken Armes und Fußes; bald trat Verlust der Kontrolle über die Bewegungen des linken Armes ein. Geist klar, Sprache etwas verändert. Therapeutische Versuche mit den gewöhnlichen Mitteln ohne jeden Einfluss. Im 8. Monat traten epileptische Krämpfe ein, die nach Aderlass schwanden. Die Chorea hielt an bis 2 Monate nach der (normalen) Entbindung.

Interessant ist die Familiengeschichte in diesem Falle: die Mutter der Pat. litt an Rheumatismus Zeit ihres Lebens, an Chorea während ihrer 3. Gravidität, wo sie Pat. trug; eine ältere Schwester der Pat. leidet an Epilepsie.

Kreutzmann (San-Francisko).

11) **Jerome A. Anderson** (San-Francisko, Kal.). Zwei Fälle von Hämorrhagie in Ovarialcysten mit tödlichem Ausgange.

(Pacific med. and surg. journ. 1888. August. p. 449.)

1) 24jährige, jung verheirathete Frau erkrankt mit kolikartigem Schmerz in der rechten Inguinalgegend; ein Tumor von Orangengröße rechts vom Uterus reicht bis zum Beckenrande; kein Shock, kein Fieber. Fünf Stunden später reicht der Tumor bis zum Nabel. Die Diagnose schwankte zwischen Hämatocele und Extrauterin-Schwangerschaft mit Ruptur. Bei Eis, Opium etc. befand sich Pat. wohl, der Tumor verkleinerte sich etwas, hier und da Kolikschmerzen. Am 10. Tage plötzlich Anfall von Peritonitis; Laparotomie ergiebt eine nicht geborstene uniloculäre Ovarialcyste, durch Blut ungeheuer ausgedehnt, halbe Drehung des Stieles, beginnende Gangrän am Punkte der Stieldrehung. Tod am 4. Tage p. op. durch allgemeine Peritonitis.

2) 40jährige Frau, mehrere Aborte durchgemacht; Angaben über stetige Vergrößerung und beständige »Bewegung« im Leibe während der letzten 2 Monate, so dass die Frau sich schwanger glaubte. Zur Zeit der Untersuchung bestand schwere allgemeine Peritonitis, es fanden sich 2 distinkte Tumoren und wurde Fibroid des Uterus, Schwangerschaft mit Hämorrhagie in den Uterus angenommen. Die Eröffnung des Bauches (um ev. Porro auszuführen) ergab die Gebärmutter etwas vergrößert und aus dem Becken gehoben, im Übrigen normal; außerdem ein großer Ovarialtumor, der barst, als die Hand um ihn geführt wurde, und seinen Inhalt (geronnenes Blut) in die Bauchhöhle ergoss. Die Cystenwände sind äußerst brüchig, ein fester Stiel lässt sich aber doch finden. Trotz sorgfältigster Toilette des Peritoneums und Eingießungen von gekochtem Wasser in die Bauchhöhle

stirbt die Frau 72 Stunden nach der Operation an allgemeiner Peritonitis. Ein $2^1/_2$monatlicher Fötus wird theilweise ausgestoßen. Ob auch in diesem Falle Stieltorsion bestand, wird leider nicht mitgetheilt. **Kreutzmann** (San-Francisko).

12) **Winogradow** (Kologriwow). Eine Laparotomie aus seltener Ursache.

(Russische Med. 1888. No. 21. [Russisch.])

Die 30jährige Kranke klagt über beständige Schmerzen im Leibe. Bei der Untersuchung findet sich eine apfelgroße Geschwulst in der Gegend des Nabels, welche sich nach dem Douglas zu erstrecken scheint. Bei der inneren Untersuchung bemerkt man in der ganzen Breite der Scheide oben eine quere Narbe mit einer Vertiefung an der linken Seite. Durch diese Vertiefung fühlt man einen harten glatten Körper, über den der Finger hingleitet. Die Kranke war vor 13 Tagen im 8. Monate niedergekommen, das Kind hatte nur wenige Stunden gelebt. Das Wochenbett war gut verlaufen, und Pat. klagte außer den Schmerzen im Leibe nur über Stuhlverstopfung. Die Untersuchung durch den Mastdarm ergab kein Resultat.

Nur mit großer Mühe gelang es, von der Kranken genauere Angaben über die Ursache ihres Leidens zu erfahren. Im 8. Schwangerschaftsmonat drang ihr (wohl betrunkener) Mann in sie, ihm den Beischlaf zu gestatten. Nach langem Bitten willigte sie ein, nahm indess im letzten Augenblick ihre Einwilligung zurück. In der Wuth stieß ihr der Mann, ein Zimmermann, sein Messinstrument in die Scheide. (Ein solches Instrument ist aus Holz, 71 cm lang, 4 cm breit, $^3/_4$ cm dick, glatt, vierkantig. Es ist in 4 Viertel getheilt, welche sich mittels Charniers zusammenlegen lassen.) Die Frau verlor das Bewusstsein, beim Erwachen fand sie viel Blut im Bett. 12 Stunden später erfolgte die Frühgeburt, übrigens ohne besondere Zufälle.

Verf. entschloss sich zur Laparotomie. Bauchschnitt rechts vom Nabel 6 cm lang. Aus der Wunde wurde ein Viertel des Messinstrumentes nebst einem kleinen abgebrochenen Stück (zusammen 23 cm lang) ausgezogen, ein Ende war mit Fäces besudelt, zum Beweise, dass es in den Mastdarm eingedrungen und wahrscheinlich am Kreuzbein abgebrochen war. Die Wunde wurde auf gewöhnliche Weise geschlossen. Unter Jodoformverband heilte sie in 9 Tagen durch prima intentio.

Dieser jedenfalls sehr interessante Fall ist bemerkenswerth nicht nur wegen der geringen Reaktion einer solchen Verletzung, welche nicht einmal den Verlauf des Wochenbettes störte und die Heilung nach der Laparotomie trotz der Verletzung des Darmes nicht verzögerte. Es ist zu bedauern, dass die Angaben des Verf.s nicht genauer sind.

Was die Verletzung betrifft, so scheint eine ähnliche Roheit von Seiten des Mannes kaum glaublich; wenn man indess den Fall von Barthel (Centralbl. 1885 No. 44) damit vergleicht, so muss man leider zugeben, dass solche Ereignisse nicht so sehr selten vorkommen.

Endlich ist es interessant zu erwähnen, dass die Lungen des Kindes bei der Sektion sich als vollkommen luftleer erwiesen, obgleich das Kind unzweifelhaft einige Zeit gelebt hatte. **Reimann** (Kiew).

13) **Robert Asch.** Zwei Fälle von Milzexstirpation.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXIII. Hft. 1.)

Im Anschluss an die Veröffentlichung zweier in der Breslauer Frauenklinik vorgenommenen Milzexstirpationen giebt Verf. eine Zusammenstellung der von ihm in der Litteratur gefundenen Fälle von Splenektomie.

Von den beiden von Fritsch operirten Fällen war in dem einen bei 31jähriger Nullipara die Diagnose auf Neoplasma der Milz, wahrscheinlich Sarkom und Schwangerschaft im 1. Monat gestellt worden. Die Operation (Juni 1887) war leicht, der Heilungsverlauf fieberlos. Pat. wurde am 18. Tag nach der Operation geheilt entlassen und kam am normalen Schwangerschaftsende mit einem todten

Knaben, dessen Leben noch 4 Wochen früher festgestellt war, spontan nieder. keine Blutung in der Nachgeburtsperiode; vor und nach der Operation normale Zusammensetzung des Blutes, bisher keine Drüsenschwellung (eine bei der Entlassung aus der Klinik konstatirte geringe Anschwellung der Axillar- und Inguinaldrüsen war bei einer späteren Untersuchung verschwunden), auch keine Vergrößerung der Schilddrüse. Entfernte Milz etwas über 2 kg schwer, 22 cm lang, 14 cm breit, 10 cm dick. Die Untersuchung ergab Lymphosarkom. Pat. noch heute gesund.

Im 2. Fall, der unglücklich verlief, wurde bei einer 26jährigen Frau auf ihr und ihres Mannes Drängen hin die Operation gemacht wegen eines großen Milztumors bei Leukämie. Die Blutuntersuchung hatte als Verhältnis der weißen zu den rothen Blutkörperchen 1:8 ergeben. Die Gerinnungsfähigkeit des Blutes war normal, die Menses traten regelmäßig und schwach ein.

Die Operation war leicht. Schnitt in der Linea alba, der Tumor ist frei von Adhäsionen an der Bauchwand, geringe Darmadhäsion wird unterbunden und durchschnitten, blutet nicht. Der mäßig breite Stiel wird in mehreren Partien fest unterbunden und der Tumor etwa 2 cm darüber abgetragen; Massenligatur; keine Blutung, auch nicht aus einer fünfmarkstückgroßen Stelle in der Nähe des Stieles, wo eine leichte flächenartige Adhäsion nachgegeben hatte. Nach Entfernung der Pincetten an der Bauchwand auch hier nirgends Blutung. Bauchnaht mit tiefen, dichten Suturen; fester Druckverband.

Vier Stunden lang Wohlbefinden, dann rasch zunehmende Athemnoth; am Verband kein Blut; nach 1 Stunde Tod: bis zum Tode Puls nie über 100 Schläge, auffallend voll.

Der exstirpirte Milztumor wiegt 5980 g, zeigt makroskopisch und mikroskopisch das gewöhnliche Bild der Hyperplasie.

Diagnose nach der Sektion: Anaemia universalis, Haemorrhagia maxima in cavo peritonei, Haemorrhagia omenti majoris, Haemorrhagia strati subcutanei, Hypertrophia ventriculi sinistri cordis.

Die Zusammenstellung der vom Verf. in der Litteratur gefundenen 90 Milzexstirpationen, deren erste ins Jahr 1549 zurückreicht, ergiebt 51 Heilungen, 39 Todesfälle. 1mal wurde die in einem peritonealen Abscess befindliche Milz entfernt (Heilung), 26mal wurde bei Milzvorfall (kein Todesfall), 13mal bei Wandermilz (kein Todesfall), 3mal bei cystischer Entartung (kein Todesfall), 2mal wegen Sarkom (kein Todesfall), 2mal wegen Echinococcus (1 Todesfall), 21mal wegen Milzhypertrophie (einfache oder nach Malaria etc.) (17 Todesfälle), 22mal wegen Milzhypertrophie bei Leukämie (21 Todesfälle) operirt. Der Tod trat meist wenige Stunden, selten einige Tage nach der Operation ein.

Sepsis wird nur einmal mit Sicherheit als Todesursache angegeben, meistens lag die Ursache in ausgedehnten Blutungen.

Verf. kommt zu dem Schlusse, dass die Milzexstirpation als Operation nicht allzu schwierig sei, dass die Leukämie die Operation nicht ausschließe, die »hämorrhagische Diathese« sei nicht für alle Fälle von Leukämie erwiesen. Die Verblutung nach der Operation träte ein durch den abnorm hohen Blutdruck nach Entfernung eines ein so ausgedehntes Kapillarnetz tragenden Organs wie ein sehr großer Milztumor (gleichgültig ob entstanden durch Leukämie oder einfache Hypertrophie). Franzolini, der im Beginne der Leukämie und zwar glücklich operirte, kommt auch zu dem Resultate, dass nicht die Leukämie, sondern die Größe des Milztumors dessen Exstirpation verböte. Der Operationstechnik bleibt bei der Splenektomie noch viel zu thun. Es ist nöthig, genaue Versorgung aller verletzten Gefäße, exakte Blutstillung bei allen Adhäsionen und vielleicht eine an die Narkose sich anschließende Nachbehandlung, um den Blutdruck noch längere Zeit herabzusetzen. **Vowinckel** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Zwölfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 52. Sonnabend, den 29. December. 1888.

I. Bericht über die Verhandlungen der gynäkologischen Sektion der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Köln a|Rh., vom 17.—23. September 1888.

Von

Dr. **Zeiss** in Erfurt.

(Schluss.)

Herr Beaucamst (Köln): Kaiserschnitt.

Trotz der Vervollkommnung der konservirenden Kaiserschnittmethode bleiben noch manche Fälle, in denen die Porro'sche Operation indicirt erscheint, wie dies auch Sänger, A. Martin und Leopold hervorheben. Der vorliegende Fall ist desshalb allein erwähnenswerth, weil bei ihm eine Modifikation der Stumpfbehandlung in Anwendung gekommen.

Im Centralblatt für Gynäkologie (1881 No. 25. p. 605) macht Frank den Vorschlag, den Stumpf zu invertiren. »Der Uterus ist wie bei der supravaginalen Amputation wegzunehmen, die ganze Wundperipherie des Stumpfes durch starke Silbersuturen, die lang zu lassen sind, zu umstechen. Darauf .... führe man alle Ligaturen durch den Cervixkanal und die Scheide nach außen. Durch Zug von unten und Druck von oben lässt sich leicht eine Totalinversion darstellen .... Wir haben so auch die Wundfläche außerhalb der Peritonealhöhle und gewiss an einer günstigen Stelle.« Durch Versuch am Hunde hat sich dieses Verfahren bewährt. l. c. p. 606.

An der lebenden Frau ist diese Methode mit gutem Erfolge in der Hebammenanstalt in Köln von Direktor Frank ausgeführt worden. Es handelte sich um eine 35jährige Vpara mit einem vorgeschrittenen Carcinom der Portio. Eine Zwillingsschwangerschaft war diagnosticirt, obgleich nur ein Herd von Herztönen

zu finden war. Der zu unterst liegende Fötus war abgestorben und zeigte schon Maccrationserscheinungen. Die Sectio caesarea wurde nach den gewöhnlichen Regeln gemacht, der Uterus vorgewälzt und nach Entleerung und Unterbindung der Gefäße ein Schlauch um den Uterus gelegt. Der 8 cm lange Stumpf wurde mit Seidennähten durch Serosa, Muscularis und Mucosa umsäumt und nach Entfernung des Schlauches der Stumpf invertirt. Die Reinversion wurde durch einige Katgutsuturen durch den Trichter verhindert und zur Sicherung des Abschlusses der Bauchhöhle gegen die Scheide die Serosa der vorderen Wand mit der der hinteren Beckenwand quer durch das ganze Becken vernäht.

Der Wochenbettsverlauf war, abgesehen von einem Abscess der Bauchdecken, ein guter. Fünf Wochen nach dem Kaiserschnitte ist die Pat. im Bürgerhospitale zum 2. Male operirt worden; sie befindet sich heute noch dort.

Diese Methode ist entgegen der Erwartung Sänger's (Neue Beiträge zur Kaiserschnittfrage. Leipzig 1885. p. 25) nicht nur versucht, sondern auch erprobt worden. Wegen ihrer leichten Ausführbarkeit dürfte sie sich empfehlen; sie verbindet mit der Sicherheit der extraperitonealen Stielversorgung die schnelle Heilung und Eleganz der intraperitonealen Behandlungsmethode. Orig.-Ref.

An der Debatte betheiligen sich die Herren Linkenfeld (Elberfeld), Weinhold (Breslau), Krukenberg und Freund jun.

Herr Prof. Freund (Straßburg). Über Tubenoperationen.

Bis jetzt gaben hauptsächlich die Tubenschwangerschaft und die Tubenvereiterung die Indikationen ab zu operativem Einschreiten. In beiden Fällen aber sind wir noch weit entfernt von klarem Übersehen der Verhältnisse und von geraden, unbestrittenen Vorschriften. Tubenschwangerschaften verlaufen zuweilen nahezu symptomlos und tragen aus, andere erreichen unter mehr oder weniger Beschwerden nahezu ihr Ende, die übergroße Mehrzahl aber hat die bekannten, meist enormen Beschwerden und gehen durch Ruptur zu Grunde. Wie im Verlauf so sehen wir auch in der Anamnese die auffallendsten Widersprüche; zuweilen lässt sich absolut kein Symptom in der früheren Geschichte der Pat. auffinden, das ätiologisch zu verwerthen wäre, in anderen Fällen liegt die Genese klar vor Augen. Auch in Betreff der Pyosalpinx stehen sich die Ansichten (über die Ätiologie z. B.) noch in vieler Beziehung unvermittelt gegenüber. Redner steht persönlich auf dem Standpunkte, dass er Nöggerath nicht völlig in seinen Aufstellungen und Schlussfolgerungen beistimmen könne. Viele zweifellos Inficirte bleiben ohne Beschwerden, oder werden geheilt, gebären normal. Andere freilich werden dauernd krank. Sogar in den anatomischen Substraten der Erkrankung bestehen die auffälligsten Verschiedenheiten, vom einfach sackförmig aufgetriebenen Schlauch bis zum wurstförmigen Gebilde mit zahlreichen Einschnürungen; für diese Verschiedenheit der Präparate ist bisher eine allseitig befriedigende Erklärung noch nicht gefunden. Hier führt das Studium der Entwicklungsgeschichte der Tuben auf den richtigen Weg: Die Tuben sind zunächst glatte, gestreckte Kanäle, die, in die Länge wachsend und mit dem Ovarium herabsteigend, anfangen sich zu krümmen, bis sie auf der Fossa iliaca angekommen sind, d. h. in der 32. Woche. Dann hört das Längenwachsthum auf und die Tuben strecken sich wieder, zunächst in der inneren Hälfte, bis auf 4 Windungen, beim Neugeborenen; bis zum Pubertätsalter streckt sich dann auch diese Hälfte noch, bis auf $1/2$ Wendung am äußersten Ende. Bei vielen Frauen nun bleibt der ganze Genitalschlauch und mit ihm die Tuben, im Zustand einer »partiellen Insufficienz« d. h. auf der fötalen Entwicklungsstufe stehen. Die Windungen sind oft so stark gewuchert, dass förmliche Schlingen entstehen. Die Wandungen sind an den Ausbuchtungen atrophisch glatt, dünn, an den Einschnürungsstellen hypertrophisch. Je nachdem nun eine Tube (von normaler Entwicklung, d. h. gestreckter Gestalt erkrankt, oder eine gekrümmte, auf fötalen Formen beharrend gebliebene, entstehen die oben beregten verschiedenen Formen der anatomischen Krankheitsbefunde; die verschiedenen Füllungszustände, die früher, noch dazu in sich widersprechender Weise, als Grund für diese Mannigfaltigkeit der Formen erkrankter Tuben angesprochen wurde, haben mit der Entstehung derselben demnach gar nichts zu thun.

Die praktische Nutzanwendung aus dem Angeführten dürfte nun folgende sein: Graviditäten in einer gewundenen Tube werden wegen der Dünne der Wandungen schwerlich je ausgetragen. Personen mit solch insufficiendem Genitalschlauch werden vermöge ihrer engeren Scheide etc. leichter inficirt und sind dann — schwieriger zu heilen. Für das therapeutische Verhalten aber ergiebt sich Folgendes: Graviditäten in diesen gewundenen Tuben (oder durch Infektion entstandene Ausdehnungen derselben) können nur durch Operation geheilt werden, wenigstens dann, wenn die Berstung nicht unter dem Bilde einer gewöhnlichen Hämatocele verläuft, wie oft bei den ersten Fällen von Tubargravidität; 2—3 solcher Recidive verlaufen dann zuweilen noch günstig, doch gehen beim dritten schon die meisten zu Grunde. Sackförmige Tuben braucht man dagegen zuweilen nur aufzuschneiden und auszuwaschen, eventuell mit Anlegung einer neuen Abdominalöffnung.

Sitzung am 20. September 1888.

Vorsitzender: Herr Frank.

Herr Wissemer: Exstirpation eines Ovarialtumors mit makroskopischer und mikroskopischer Demonstration.

Herr Firnig (Köln): Über eine neuere Prolapsoperation mit Demonstrationen.

Den Werth einer Operation beurtheile man am besten durch die Endresultate. Er stelle heute einige Fälle von Prolapsoperationen vor, die er in den letzten Jahren nach dem Vorgange und der Methode von Frank ausgeführt habe. Da diese Fälle jedoch verhältnismäßig frisch seien, habe er 2 Fälle aus Köln mitgebracht, die vor 6 bezw. 7 Jahren von Frank operirt worden seien. Vor der Demonstration setzt F. die Vorzüge der neuen Operation vor denen der älteren aus einander und beschreibt die neue Operationsmethode. Die früheren hätten, so führt er aus, den Zweck verfolgt, die Scheide und die Schamspalte zu verengern. Dadurch wäre bei den gelungenen Kolporaphien der Uterus verhindert worden, in oder vor die Schamspalte herunterzusteigen, ohne dass er auch nur annähernd in seine richtige Lage gebracht, und ohne dass die Folgeerscheinungen des Prolapses dadurch gehoben worden wären. Bei der neuen Operationsmethode wurde neben der Verengerung der Scheide und der Bildung eines hohen Dammes die Scheide in großer Ausdehnung auf ihrer Unterlage adhärent gemacht und verwachse mit demselben und zwar fester, als dies von Natur aus bei einer normalen Scheide der Fall sei. Dadurch wurde der Uterus in seine natürliche Lage gebracht und gehalten. Man finde ihn bei den Operirten nicht am Damme, sondern hoch oben. Auch die Folgeerscheinungen des Prolapses gingen bei einer so geschaffenen normalen Lage spontan allmählich zurück.

Der Hergang der Operation ist kurz folgender: Die Scheide wird auf der Grenze zwischen äußerer Haut und Schleimhaut hufeisenförmig umschnitten. Die Länge der Schenkel des Hufeisens bedingt die spätere Höhe des Dammes. Die Scheide wird dann in ihrer ganzen Ausdehnung bis zum hinteren Scheidengewölbe mit stumpfer Gewalt vom Mastdarm abgelöst, was sehr leicht; ein Messer wird bei der Operation vom hufeisenförmigen Schnitt ab nicht mehr gebraucht, höchstens werden etwa sich spannende Gewebstheile durch stumpfe Scherenschläge getrennt. Die Lösung macht nur am Scheideneingang einige Schwierigkeiten. Scheidengewebe wird nicht excidirt, sondern das scheinbar überflüssige Gewebe durch versenkte Katgutligaturen, welche in der ganzen Länge der losgelösten Scheide auf der dem Mastdarm zugekehrten wunden Fläche etagenförmig angelegt werden, zu einem Wulst nach der vorderen Scheidenwand hin umgestaltet. Es entsteht so gleichsam ein lebender Tampon, der mit der Unterlage fest verwachsen ist.

Der Vaginalwulst wird mit der Zeit niedriger, die Scheide bleibt aber mit der Unterlage fest verwachsen.

Die Vereinigung der durch Ablösen der Vagina entstandenen Dammwunde mit tiefen und oberflächlichen Silbersuturen ergiebt sich von selbst und bedarf keiner näheren Beschreibung.

Nachdem F. noch näher auf die Technik der Operation eingegangen, folgt die Demonstration von mehreren selbst operirten Fällen.

Bei einem Fall war die Colporrhaphia ant. und post. ohne Erfolg von anderer Seite vorhergegangen.

Bei einem anderen Falle wurde überhaupt nicht genäht, sondern die nach Ablösung der Scheide entstandene Wundhöhle ausgestopft und von innen nach außen ausgranuliren lassen. Der Damm wurde dann in der 3. Woche auf einfache Art vereinigt. Aus diesem Falle folgt, dass das Hauptgewicht nicht auf den Wulst und die Enge der Scheide, sondern auf die feste Verlöthung der Scheide auf die Unterlage zu legen ist. Eine vor 7 Jahren von Frank operirte Arbeitsfrau mit totalem Prolaps hat nach der Operation noch 4mal geboren und im vorigen Jahre durch Heben einer schweren Last einen doppelten Leistenbruch sich zugezogen, ohne ein Recidiv des Prolapses zu bekommen.

Bei keiner nach obiger Methode Operirten ist ein Recidiv eingetreten.

Orig.-Ref.

Herr Schmidt (Köln): Ein Beitrag zur Frage der intraparietalen Stielversorgung nach Myomotomien.

Nachdem die Vortheile und Nachtheile der extra- und intraperitonealen Methode der Stielversorgung bei supravaginaler Amputation des Uterus kurz gegen einander abgewogen, erwähnt Vortr. die Operationen von Hacker's und Kümmel's, welche den Uterusstumpf durch Umsäumung mit Peritoneum gegen die Bauchhöhle abschlossen und darüber die Bauchdecken vereinigten.

Er selbst hat in 2 Fällen ähnlich operirt. Im ersten Falle handelte es sich um eine Graviditas tubo-uterina, bei welcher der Sack geborsten, und ohne operatives Eingreifen der Tod durch Blutung aus dem zerrissenen Uterusgewebe eingetreten wäre[1]. Zur Stillung der Blutung wurde ein Keil aus dem linken Fundalwinkel excidirt, wobei die Uterushöhle eröffnet wurde. Da bei der Brüchigkeit des Gewebes die Nähte nicht hinreichend fest angezogen, eine sichere Blutstillung also nicht erreicht werden konnte, lagerte Vortr. den genähten Fundalwinkel extraperitoneal, indem er unterhalb der Schnittlinie mit Peritoneum umsäumte. Dann wurden, vom oberen Wundwinkel beginnend, die Musc. recti vereinigt, im unteren Wundwinkel so, dass die Nadel durch beide Muskeln und das dazwischen liegende Uterushorn durchgeführt wurde. Bei Schluss der Naht wurden hierdurch die Musc. recti beiderseits der Uterusnaht fest angepresst. Die Haut wurde im unteren Wundwinkel nicht sofort vereinigt, sondern erst nach einigen Tagen durch sekundäre Naht geschlossen.

Im zweiten Falle, bei einer supravaginalen Uterusamputation wegen mannskopfgroßen Myoms, wurde der Stiel eben so versorgt, die Bauchdecken aber sofort vollständig geschlossen. Nach typischer Absetzung des Uterus wurde exakte Naht wie zur Versenkung bei intraperitonealer Behandlung gelegt, dann, nach Entfernung des Schlauches, der Stumpf, der sich an den langgelassenen Fäden vorzüglich in die Höhe halten ließ, wie bei extraperitonealer Behandlung mit Bauchfell umsäumt und die Bauchhöhle durch Naht des Peritoneum bis zum oberen Wundwinkel geschlossen. Darauf folgt, wie im ersten Falle, Naht der Musc. recti; 2 Nähte gingen im unteren Wundwinkel durch Muskeln und Stumpf mit Umgehung des Uteruskanales. Zur Vermeidung von Zerrungen wurde noch ein starker Faden durch Haut, Muskeln und Stumpf durchgeführt und gleichzeitig mit den dann folgenden Hautnähten geknotet. Der oberste Abschnitt des Stumpfes lag also zwischen den Muskeln, durch diese fest zusammengepresst, während über ihm, durch die eine Naht angedrückt, die Hautwunde geschlossen war. Verlauf vollständig reaktionslos. Orig.-Ref.

Herr Prof. Freund (Straßburg) möchte je nach dem Fall die Bergungsmethode des Stumpfes gewählt wissen. Bei intraperitonealer Versorgung schnürt er den Trichter im Stumpf nabelartig durch 2 cirkuläre Nähte zusammen, eine tiefliegende, mehr im Grunde des Trichters, eine zweite mehr oben, so dass sich durch letztere die Ränder mit dem Peritonealrande nach innen neigen.

[1] Der Fall wird an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht werden.

Herr H. W. Freund (Straßburg): Über Häufigkeit und Behandlung der bösartigen Eierstocksgeschwülste.

Von den in der Straßburger Klinik operirten Ovarialtumoren waren 18,8% malignen Charakters. Die erzielten Erfolge scheinen, im Gegensatze zu den bisherigen Erfahrungen, sogar zur Operation dieser Tumoren aufzumuntern. Es werden 100 Fälle vorgeführt.

Als erstes diagnostisches Symptom der Malignität wird Hydrothorax erwähnt. Die Laparotomie, mit möglichster Entfernung aller löslichen Tumorpartikel aus dem Becken ist jedenfalls der Punktion vorzuziehen und ergiebt auch in sehr vorgeschrittenen Fällen noch vorübergehende Erleichterung; die Folgen solcher Laparotomien waren manchmal ähnlich denen bei Peritonitis chronica und tuberculosa.

Herr Meinert hat 20% Malignität; hält Atypischwerden der Menstruation für ein früheres und verwerthbareres Zeichen für Malignität.

Herr Kocks (Bonn): Über, bis auf den Zugang durch die Tube, vollkommen geschlossene Eierstockskapseln.

An die Demonstration von Präparaten der inneren weiblichen Geschlechtsorgane der Fischotter, Lutra vulgaris, knüpft der Vortrag an. Bei diesen Säugern und einigen anderen, besonders marderartigen Raubthieren befinden sich die Eierstöke in einer dünnwandigen, durchsichtigen Kapsel eingeschlossen, worauf zuerst durch E. H. Weber die Aufmerksamkeit gelenkt wurde. Das Innere dieser Kapsel hat durchaus keine, auch noch so feine, Verbindung mit der Peritonealhöhle. Nur der Uterus mündet durch die Tube in dieselbe. Diese Tubenöffnung ist von langen Fimbrien umgeben, die frei in den Sack hineinragen.

Die Eier können also bei der Lutra nicht in den Bauchfellraum gerathen, wie das bei den meisten Säugethieren und dem Menschen der Fall ist, sondern müssen ihren Weg direkt durch die Tube in den Uterus nehmen. Die weibliche Geschlechtsdrüse hat mithin hier, wie jede andere Drüse, ihren unmittelbaren Ausführungsgang, den Tubenkanal.

Der eigenthümliche, geschlängelte Verlauf der Tuben wird durch Zeichnungen illustrirt und an den Präparaten gezeigt wie dieselben in der Wand des Sackes den Eierstock fast vollständig umkreisen, bevor sie ersteren durchbohren und sich in das Innere desselben öffnen. Gegen das Licht gehalten sind die Eierstockskapseln so durchsichtig, dass man die Ovarien durchschimmern sieht. Die durch Aufblasen vom Uterus her ausgedehnten Säckchen der in Spiritus aufbewahrten Präparate enthalten noch die Luft, durch welche sie vor mehreren Monaten ausgedehnt wurden.

Die engen Tuben entspringen aus den weiten Uterushörnern, welche nur auf eine kleine Strecke ein gemeinschaftliches Cavum haben. Die kleinen, bohnenförmigen Ovarien sind an anderen Präparaten durch Aufschlitzen der Kapseln sichtbar gemacht.

Der Vortrag so wie die Resultate der noch nicht abgeschlossenen, mikroskopischen Untersuchungen werden später veröffentlicht werden. Orig.-Ref.

II. Tuboabdominalschwangerschaft. Ruptur in die freie Bauchhöhle. Laparotomie. Genesung.

Von

Dr. **Meinert** in Dresden.

Vor der Frage des operativen Eingreifens bei rupturirter Eileiterschwangerschaft habe ich wiederholt gestanden[1]. Noch niemals aber trat dieselbe so dringlich an mich heran, wie in folgendem Falle.

Frau W., 27 Jahre alt, seit 4 Jahren verheirathet, hat nie geboren oder abor-

[1] Vgl. Korrespondenzbl. der ärztl. Kreis- u. Bezirksvereine im Königr. Sachsen. XLV. Bd. No. 10. p. 104.

tirt. Sie überstand als Kind die Masern und war im Übrigen stets gesund. Von ihrem 17. Jahre an bis ins erste Jahr ihrer Ehe menstruirte sie regelmäßig vierwöchentlich schmerzlos, nur in den letzten 3 Jahren stellten sich die Menses einige Tage früher oder später und mit Kreuz- und Rückenschmerzen von ziemlicher Heftigkeit ein. Unbehagliche Empfindungen in der linken Seite des Unterleibes verließen sie seit etwa einem Jahre niemals ganz. Eintritt der letzten Menstruation 7. Juni 1888.

Schon im Juni begann Frau W. sich unwohl zu fühlen, namentlich aber im Juli klagte sie viel über Übelkeit. Vom 4. bis 28. Juli war sie mit ihrem Mann bei entfernt wohnenden Verwandten zu Besuch. Auf der Rückreise, am 28. Juli früh, erbrach sie erstmalig. Gleichzeitig stellte sich geringer Blutabgang ein. Am 4. August sank sie plötzlich unter heftigen, nach den Lenden ausstrahlenden Leibschmerzen zusammen. Sie erbrach, war blass und entstellt, mit kaltem Schweiß bedeckt. Dieser Zustand dauerte 1 Stunde. Herr Dr. E. Hölemann wurde zu Rathe gezogen. Er muthmaßte drohenden Abortus und verordnete Hydrastis canad. und Ergotin. In der Nacht vom 4. zum 5. August kurzer aber äußerst heftiger Kolikanfall. Die Kranke hatte das Gefühl, als ob plötzlich in der linken Seite des Leibes etwas gerissen wäre. Nach 1/4 Stunde fühlte sie sich wieder schmerzfrei; auch die Wehen waren verschwunden und sie nahm nichts mehr von den Medikamenten. Am 5. August fand Dr. H. den Muttermund geschlossen und die Blutung sehr gering, so dass er Fortdauer der Schwangerschaft annahm. Als er am 12. August seinen Abschiedsbesuch abstatten wollte, wurden ihm 2 Gewebsstücke überreicht, welche am Morgen dieses Tages unter minimaler Blutung abgegangen waren, an einander gelegt sich als ein 5 cm langer, vollständiger Abguss der Uterushöhle und bei mikroskopischer Untersuchung als im fettigen Zerfall begriffene Decidua erwiesen. Kollege H. hielt es nun für um so sicherer erwiesen, dass es sich um einen Abort gehandelt habe, dessen Frucht unbemerkt abgegangen sei. Frau W. befand sich wohl. Zu ihrer nochmaligen Untersuchung lag keine Veranlassung vor. Am 14. August durfte sie aufstehen und am 21. August, nachdem er sich nochmals von ihrem Wohlbefinden überzeugt hatte, verabschiedete sich Kollege H. Am 17. August unternahm Frau W. einen Spaziergang im Freien.

Am 18. August, Mittags, heftiger Kolikanfall mit Verblassung, Athemnoth, Erbrechen und kaltem Schweiß. Dauer 1 Stunde.

Sonnabend am 25. August (also 8 Tage später) trat ein ganz ähnlicher Anfall ein. Da Dr. H. inzwischen erkrankt war, wurde Herr Kollege Dr. Männel zu Rathe gezogen. Er konstatirte (laut gütiger Mittheilung, die ich von ihm erhielt) Bauchfellentzündung und einen Tumor links vom Uterus, den er für eine Hämatocele des Ligam. lat. sin. hielt. Von diesem Tage an verließ Pat. das Bett nicht wieder.

Am 1. September, also abermals Sonnabend, heftigste Leibschmerzen, diesmal Abends beginnend, und mit kurzen Unterbrechungen die ganze Nacht durch andauernd. Noch in der Nacht wurde Kollege Dr. Piehl als Vertreter des inzwischen abgereisten Dr. Männel gerufen. Tiefer Collaps, so dass Arzt und Angehörige sich auf das Schlimmste gefasst machten.

Am Nachmittag des 2. September zog mich Kollege Dr. Piehl zu. Ich fand die Kranke äußerst blass, aber bei Bewusstsein. Eine schonende Untersuchung ergab: Hämatocele retro-uterina, Uterus an die Symphyse gedrängt, freier Erguss in die Bauchhöhle; undeutlicher Tumor links in einiger Entfernung vom Uterus. Diagnose: Rupturirte Tubarschwangerschaft.

Am Morgen des 3. September wurde die Kranke mittels Siechkorbs in meine Klinik geschafft. Bei der Ankunft daselbst Puls 136, Neigung zu Ohnmachten. Nach Einflößung von 1 Liter warmer 0,6% Kochsalzlösung theils per os, theils als Klysma hoben sich die Kräfte. Während der nächsten 3 Tage wurde die Kranke in Rückenlage gehalten und vorsichtig ernährt. Daneben bekam sie, um den bei der Operation ihr bevorstehenden Blutverlust besser ertragen zu können, prophylaktisch täglich 2—3 Liter der oben erwähnten physiologischen Kochsalz-

lösung und am 3. Tag ein mildes Laxans. Auf dem linken Abdomen lag permanent ein Eisbeutel. Der Umfang der den freien Erguss in die Bauchhöhle bezeichnenden Dämpfung verkleinerte sich, während der Tumor links eher größer zu werden schien. Eine genauere Untersuchung und namentlich die Einführung der Sonde in den Uterus wurde vermieden. Urin (analysirt im chem. Laboratorium des Herrn Dr. Schweissinger) reagirte schwach sauer bei einem specifischen Gewicht von 1018. Geringe Spuren von Eiweiß und Pepton. Kein Zucker.

Laparotomie am 6. September früh in Gegenwart der Herren Kollegen DrDr. Hänel, Hesse, Hölemann, Piehl, Schottin, Sprengel. Reinigung des Unterkörpers mit Sublimatseife. (Von einem Bad hatte ich abgesehen, um nicht eine neue Ruptur des offenbar nur wenig widerstandsfähigen Fruchtsackes zu provociren.) Bauchschnitt vom Nabel bis zur Symphyse. Vor der Incision des Peritoneum konnte ich die in den Falten desselben abgelagerten, vom freien (in Resorption begriffenen) Bluterguss herrührenden, Coagula demonstriren. In der Bauchhöhle fand sich etwa 1 Liter flüssigen dunklen Blutes, rechts und namentlich im Douglas größere Mengen geronnenen. Links, und außer Berührung mit dem nicht dislocirten Uterus[2], präsentirte sich ein bis über Nabelhöhe reichender rundlicher Tumor vom Aussehen frisch coagulirten Blutes. Derselbe riss bei der ersten Berührung ein und entleerte einen Strom hellrothen Blutes in die Bauchhöhle, in die ich aus Vorsorge einige mit Jodoformwatte gefüllte Gazebeutel eingeschoben hatte. Ich zog rasch den die Basis der Geschwulst bildenden Rand des Ligam. lat. hervor und brachte das abdominale Ende der linken Tube mit stark blutendem Placentargewebe ins Gesichtsfeld. Mit der von Lange[3] angegebenen dicken stumpfen Nadel und Fasszange führte ich in der Tiefe einen starken doppelten Seidenfaden durch das Ligam. lat. und schnürte nach beiden Seiten so viel von demselben ab, dass ich das Ovarium und etwa $^3/_4$ der Tube mit fasste. Im Wesentlichen stand jetzt die Blutung. Nun entfernte ich die durchtränkten Kissen aus der Bauchhöhle und schaufelte mit den Händen die Coagula heraus.

Bei Ausräumung des Douglas kam auch ein $9^1/_2$ cm langer ganz frisch aussehender Fötus, an welchem ich jedoch keine Lebenszeichen bemerkte, zum Vorschein. Nun ließ ich 5 Liter auf etwa 47° C erwärmtes (vorher $^1/_2$ Stunde lang gekochtes) Wasser durch die Bauchhöhle laufen. Dasselbe war zuletzt immer noch, wenn gleich weniger intensiv, blutig gefärbt und ich überzeugte mich, dass die Blutung nicht aus den abgebundenen (völlig anämisirten) Theilen, sondern aus Geweben der Umgebung stammte, welche jedenfalls zur Bildung des sekundären Fruchtsacks herangezogen gewesen waren. Nach sorgfältiger doppelter Versorgung des aus Ala vespertilionis, Tube, Ligam. ovarii und Vasa spermatica gebildeten Stieles mit stärksten Seidenfäden, trug ich die abgebundenen Theile ab und versenkte den Stiel, nachdem ich ihn 1 Minute in einer Quetschzange hatte liegen lassen. Endlich überzeugte ich mich von der ungefähr normalen Lage und Beschaffenheit der rechtsseitigen Uterusanhänge. In den zusammengefallenen Dünndarmschlingen lagerten zahlreiche sehr harte Skybala. Reinigung der Bauchhöhle mittels Jodoformgaze und nochmalige Auswaschung mit 5 Litern heißen Wassers mit einiger, aber nicht vollständiger, Wirkung auf die parenchymatöse Blutung.

Schluss der Bauchwunde mit Silberdraht bis auf eine Lücke im unteren Winkel für den fingerstarken Glasdrain. Derselbe wurde bis in den Douglas geführt, mit Jodoformgaze bedeckt und mit einer dicken, bis zwischen die Schenkel reichenden Lage entfetteter Watte überschichtet, festgehalten durch ein cirkulär angebrachtes Handtuch.

Nach 10 Minuten bereits war der Verband blutig durchtränkt und musste erneuert werden. Aus dem Drain wurde mittels eines bis in den Douglas geschobenen Gummischlauchs und mit Hilfe des von Lawson Tait verwendeten Saugapparats (»Sucker«) etwa 100 Gramm blutiger Flüssigkeit entleert. Verbandwechsel

---

[2] Über die Größenverhältnisse des Uterus bin ich leider nicht im Stande, Angaben zu machen.

[3] Verhandlungen des 16. Chirurgenkongresses 1887. p. 54.

und Auspumpung des Douglas fortan nach Bedürfnis (am Tage der Operation und am 1. Tage nach derselben je 4mal, am 2. Tage 3mal, am 3. Tage 2mal). Im Anfang wurde je etwa 50 Gramm, immer weniger bluthaltige, Flüssigkeit entfernt. Vom 2. Tage ab war der Verband nur serös, nicht mehr blutig, durchtränkt; nur die ausgesaugte Flüssigkeit war bis zum Abend des 3. Tages noch etwas sanguinolent, später wasserklar. Am 4. Tag wurde mit Verkürzung des Drains begonnen; vom 6. Tage ab blieb er ganz fort und die Wunde schloss sich.

Das Befinden der Operirten war zunächst nicht unbedenklich. Temperatur normal, Puls 150, kaum fühlbar. Doch erholte sie sich unter dem Einfluss von reichlichen Ätherinjektionen (8 in eben so viel Stunden) und $1/2$ Liter warmen Salzwassers, das sie in Absätzen und ohne zu erbrechen mit Begierde trank.

Am 1. Tag nach der Operation erreichte die Temperatur 2mal 39,0, der Puls fiel von 128 auf 110. Schon am 2. Tag (Abgang von Blut aus der Vagina) verschwand das Fieber und nur gegen den 6. Tag (Laxans) exacerbirte die Temperatur noch einmal bis 39,9. — Das subjektive Befinden war bereits am 2. Tage und seitdem fortdauernd ein derartiges, dass alle Besorgnis schwand.

Am 13. Tage wurden die Nähte entfernt, am 19. Tag stand Frau W. das erste Mal auf und am 24. Tag entließen wir sie genesen nach Haus. Eine schwach secernirende Fistel schloss sich 5 Wochen später, als, gelegentlich der schmerzlos eintretenden Menstruation, mit geringen durch die Fistel abgehenden Blutmengen auch eine Seidenligatur ausgestoßen wurde. Die Rekonvalescentin macht einen blühenden Eindruck und giebt an, sich niemals wohler befunden zu haben als jetzt. Namentlich sei die Empfindung, welche sie stets in der linken Seite des Leibes gespürt habe, verschwunden.

Anatomisch-histiologischer Befund des Herrn Professor Dr. Neelsen. »In dem mir übergebenen Präparat ist der Fruchtsack vielfach zerrissen und der Embryo aus demselben losgelöst. Der letztere ist wohlgebildet, 9 cm lang[4] und zeigt eine 5 cm lange Nabelschnur mit unregelmäßig rauher Rissstelle. Die mikroskopische Untersuchung dieser Rissstelle zeigt auf dem durchtrennten Gewebe geringe Reste von Blutgerinnsel, aber keinen Kernschwund oder andere Degenerationserscheinungen. Eben so bieten auch die Gewebe des Embryo selbst an einigen zur Probe aus dem linken Arm entnommenen Schnitten in allen Theilen gute, distinkte Kernfärbung und keine Zeichen der Maceration. Die Zerreißung der Nabelschnur ist also wahrscheinlich während der Operation, jedenfalls nicht längere Zeit vor derselben erfolgt. Die Größe des Eisackes ist wegen der vielfachen Defekte in seinen Wandungen nicht mit Sicherheit festzustellen; er scheint etwa die Ausdehnung einer Mannesfaust gehabt zu haben. Am oberen Rande desselben bemerkt man die etwa 4 cm lange Tube, deren uterines Ende normal eng erscheint. Das andere Ende ist in mäßigem Grade trichterförmig erweitert und mündet in den oberen Theil des Eisackes, entsprechend dem oberen Rande der Placenta und mit dieser verwachsen. Fimbrien sind an diesem Ende nicht nachzuweisen. An dem Eisack sind Amnion und Chorion deutlich erkennbar. Der $3^1/_2$ cm lange Nabelschnurrest inserirt sich ca. $1^1/_2$ cm unterhalb der Tubenmündung. Größe und Form der Placenta sind nicht mehr zu erkennen, da dieselbe vielfach zerrissen ist; es lässt sich nur konstatiren, dass sie den der Tubenmündung benachbarten Theil des Eisackes einnimmt, während die entgegengesetzte Seite nur wenig entwickelte Chorionzotten erkennen lässt und nach außen fast glattwandig erscheint. — Die mikroskopische Untersuchung des Eisackes ergiebt, dass derselbe zum größten Theile aus einem lockeren, von reichlichen Fibrinmassen, älteren und frischeren Blutungen durchsetzten Gewebe besteht, ähnlich dem, welches wir bei Pachymeningitis haemorrhagica finden. Deciduale Elemente oder Schleimhautreste sind an den mikroskopisch untersuchten Theilen nicht nachweisbar. Die Mucosa der Tube scheint nur an der Placentarstelle (welche, um das Präparat zu schonen, nicht zerschnitten wurde) an der Bildung der Eihäute be-

[4] Gegen $9^1/_2$ cm unmittelbar nach der Operation. (Das Präparat hatte vor der Untersuchung durch Herrn Prof. N. 3 Wochen in Spiritus gelegen.)

theiligt zu sein. Der Eisack liegt jedenfalls nicht im Lumen der Tube eingeschlossen, sondern zum größten Theil frei in der Bauchhöhle und ist sogar auf eine Strecke weit der Außenwand der Tube angelagert, wie ein Querschnitt durch das äußere Drittheil der Tube erkennen lässt. An diesem Schnitt sieht man nur eine mäßige Wucherung der Tubenschleimhaut, in kaum höherem Grade als bei normaler Gravidität. Das mitexstirpirte Ovarium zeigt ein frisches Corpus luteum.

Es handelt sich also um eine Tubo-abdominal-Schwangerschaft, bei der das Ei mit der Placentarstelle dem Ende der Tube angelagert, sonst aber frei in der Bauchhöhle befindlich ist.«

Demgemäß beansprucht der Fall folgende Auffassung. Wahrscheinlich war in Folge eines entzündlichen, bald nach der Verheirathung aufgetretenen Processes das abdominale Ende der linken Tube für Eier unwegsam geworden. Ein dem Ovarium derselben Seite entstammendes Ei wurde, sei es durch aus der rechten Tube übergewandertes oder die enge Stelle der linken Tube von der Uterushöhle her passirendes Sperma in der 2. Woche des Juni befruchtet und bettete sich im Fimbrientrichter der linken Tube ein. Da es sich hier nach der Bauchhöhle hin frei zu entwickeln vermochte, so geschah dies ohne die bei Tubenschwangerschaften im 2.—3. Monat so häufig eintretenden perimetritischen Beschwerden. Anfang der 7. Woche bereitete sich, nicht in Folge Degeneration, sondern wegen erschöpfter Widerstandsfähigkeit des Eisackes die Ruptur durch kleine seine Gewebe durchsetzende Blutungen vor, bis plötzlich in der 8. Woche der Riss erfolgte. Vielleicht trat schon damals der Fötus in die Bauchhöhle aus. Jedenfalls blieb er aber mit der an ihrer alten Implantationsstelle bis zuletzt verharrenden Placenta in Verbindung und wurde bis zum Tage der Operation (d. i. bis in die 12. Woche der Schwangerschaft) weiterernährt. Die Nabelschnur riss erst bei der Operation. Um den ausgetretenen Fötus bildete sich ein sekundärer Fruchthalter, dessen Wände zu keinem oder zu einem sehr kleinen Theil aus Nachbarorganen (Darm?) bestanden, vielmehr nur, oder fast nur aus koagulirtem Blut. Diese Coagula organisirten sich zum Theil und die in ihnen neugebildeten Gefäße wurden zur Quelle der nach Abbindung der Placentarstelle noch andauernden parenchymatösen Blutung. Die Blutung aus der gelockerten Placenta in den sekundären Fruchtsack hinein hat wahrscheinlich während der letzten 4 Wochen unausgesetzt fortgedauert. Die nur aus lockeren Gerinnseln bestehende Wand des Fruchtsackes hielt nach der 1. Ruptur 14 Tage lang, nach den folgenden Rupturen immer nur 8 Tage lang Stand. Dann erfolgte (im Ganzen noch 4mal und merkwürdigerweise stets Sonnabends) erneute Ruptur mit Austritt von Blut in die Bauchhöhle. Der jeweilige Einriss im sekundären Fruchtsack wurde immer nur locker durch das gerinnende Blut verklebt. Die letzte intraperitoneale Blutung war offenbar die gefährlichste gewesen und der nächstfolgenden, sich bereits vorbereitenden, würde die Kranke wahrscheinlich erlegen sein, wenn nicht der Katastrophe durch die Operation zuvorgekommen worden wäre.

III. Über die Thure Brandt'sche Methode, als Mittel, die erkrankten Tuben palpirbar zu machen.

Vorläufige Mittheilung

von Dr. **Adolf Winawer**, Warschau.

Die Schwierigkeiten, die sich bei kombinirter Untersuchung der Palpation der erkrankten Tuben entgegenstellen, sind uns wohl bekannt.

Wenn man bei sehr großer Erfahrung erst nach einer ganzen Reihe von Laparotomien, die man in derartigen Fällen gemacht hatte, immer mehr und sicherer mit Hilfe der Narkose in der Lage ist, solche Tubenerkrankungen, wie Graviditas tubaria, Pyosalpinx, resp. Hydro- und Hämatosalpinx, mit Bestimmtheit zu diagnosticiren, wo es sich um Tubarsäcke, also um Tumoren handelt, so ist die Palpation bei chronischem Verlauf der Salpingitis catarrhalis und purulenta, wo die

Tuben nur als geschwollene, verdickte Stränge hervortreten, entschieden viel schwieriger.

Wenn Schröder[1], Fritsch[2], A. Martin und Andere behaupten, dass man in einigermaßen günstigen Fällen die geschwollenen Tuben mit voller Sicherheit durchfühlen kann, was wir nicht bestreiten wollen, so müssen wohl die günstigen Fälle nicht sehr oft vorkommen, da z. B. Emmet[4] sagt, dass wir kein Mittel haben, um Salpingitis bis nach dem Tode der Pat. zu erkennen, und Nöggerath[5], um die erkrankten Tuben zu palpiren, seine Methode — vesico-rectal Touch — empfohlen hat. Wenn man nun bedenkt, dass die Diagnose der Salpingitis darauf basirt, dass man die Tube aus der Masse, in der sie meist eingebettet liegt, herausfühlt, so wird man auf Grund der anatomo-pathologischen Forschungen den Schluss ziehen können, dass nur in denjenigen Fällen die Tubenerkrankung zu differenziren ist, wo man die verdickte Tube isolirt, ohne para-perimetritisches Exsudat oder Infiltrat, ohne zahlreiche Adhäsionen mit Nachbarorganen, zur Palpation bekommt. Leider kommen solche isolirte Salpingitiden nicht oft vor und desswegen ist solche Tubenerkrankung leichter zu vermuthen, als die Tube sicher abzutasten. Und doch findet man bei der Sektion nicht selten Tubenerkrankung, die man nach genauer Untersuchung nicht vermuthet hat (Lawson Tait, Thomas).

Hier will ich nur die Aufmerksamkeit der Kollegen darauf lenken, dass wir oft bei der Massage die erkrankten Tuben palpiren können in Fällen, wo wir nach sorgfältiger Untersuchung von solchem Befund nichts geahnt haben.

Als ich die Thure Brandt'sche Methode bei Dr. Oskar Nissen in Christiania gelernt und bis jetzt nur einige 20 Fälle der Massage wegen diagnosticirter Parametritiden, Fixation des Uterus etc. unterzogen habe, palpirte ich in 4 Fällen die erkrankten Tuben mit voller Sicherheit.

Die Diagnose stellte ich nach A. Martin nur dann, wenn es mir möglich war die Verbindung der Tube durch das uterine Ende mit dem Uterus selbst zu fühlen, und außerdem fühlte ich in 3 meiner Fälle, die ganze Tube abtastend, sogar die verdickte Ampulle, die ganz deutlich palpirbar war.

Die Erklärung der Sache beruht, wie es scheint, darauf, dass die Massage in solchen Fällen, wo die Tube in einer knolligen Exsudatmasse eingebettet liegt und sogar in der Narkose nicht zu palpiren ist, fast ideale Verhältnisse für die Untersuchung schaffen kann, so dass wir wie anatomisch, wenn nur die Bauchdecken nicht zu dick sind, alle Beckenorgane gründlich abtasten können, weil:

1) nach der Massage die Bauchdecken gewöhnlich schlaff, dehnbar, schmerzlos werden, so dass wir gerade wie unter der Narkose untersuchen können, und

2) die knolligen para- und perimetritischen Massen oder Infiltrationen, Verwachsungen der Ovarien, Fixation des Uterus beseitigt werden, so dass die Parametrien frei, elastisch, dehnbar, schmerzlos werden.

Auf solche Weise werden wir im Stande sein, die erkrankten Tuben, die früher eingebettet waren, abzutasten und nun die Diagnose auf Salpingitis zu stellen in manchen Fällen, wo wir nach sorgfältiger Untersuchung, sogar in der Narkose, weit entfernt waren eine Tubenerkrankung zu vermuthen.

Damit ich nicht falsch verstanden werde, als ob ich etwa bei Salpingitis die Massage empfehlen wolle, was Prof. Schauta[6] als Kontraindikation betrachtet,

---

[1] C. Schröder, Handb. der Krankh. der weibl. Sexualorgane. Leipzig 1884. p. 353.

[2] H. Fritsch, Die Krankh. der Frauen. Braunschw. 1886. p. 388.

[3] A. Martin, Pathologie u. Therapie der Frauenkrankh. Wien u. Leipzig 1885. p. 313. — Über Tubenerkrankungen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XIII.

[4] T. A. Emmet, Principien u. Praxis d. Gynäkologie. Deutsch herausgegeben von Dr. G. Rothe. Leipzig 1881. p. 437.

[5] Nöggerath, Amer. journ. of Obst. VIII. p. 123.

[6] Schauta, Über gynäkologische Massage. Prager med. Wochenschrift 1887. No. 43.

will ich noch erklären, dass ich die Massage bei Salpingitis nicht übe, dass ich nur in solchen Fällen, wo ich anderer Indikation wegen die manuelle Behandlung der Uterusadnexe vorgenommen habe, nach Schmelzung der Exsudatmassen und Beseitigung der Fixation des Uterus die erkrankte Tube palpirt habe.

Übrigens ist diese Kontraindikation, die in den meisten Fällen vom wissenschaftlichen Standpunkt uns ganz gerechtfertigt erscheint, nicht absolut so zu verstehen, denn Brandt lässt bei Tubenanschwellungen, wie es Theilhaber[7] beschreibt, »die Tube sanft zwischen den Fingern der beiden Hände rollen; er geht dabei mit den Händen von außen nach dem Uterus zu, in der Hoffnung, das angestaute Sekret in den Uterus zu entleeren. Dabei verkennt er nicht, dass gerade dieses Manöver — die Massage der Tube — ein nicht ungefährliches ist. Denn ihm selbst war es öfter passirt, dass Sekret sich in das Peritoneum entleerte, was dann leichte, bald vorübergehende peritonitische Erscheinungen zur Folge hatte«.

Wenn wir nur diese Beschreibung der Massage der Tube mit dem Ausdrücken des Tumors bei Hydrosalpinx, was Frankenhäuser mit Erfolg vornahm und mit dem Vorschlage Bandl's[8], das angestaute Sekret der Tuben bei der kombinirten Untersuchung in den Uterus zu entleeren, vergleichen wollen, so wird wohl die Massage der Tube in geeigneten Fällen nicht als ein absolut gefährliches Manöver gelten.

Jetzt will ich nur meine Fälle kurz mittheilen:

1) Frau R. W., 26 Jahre alt.

Beschwerden: Heftige Schmerzen im Unterleibe linkerseits: rasches Gehen unmöglich. Fluor albus. Im 2. und letzten Wochenbett vor 2 Jahren angeblich Gebärmutterentzündung und dreiwöchentliches Krankenlager.

Status praesens: Portio vag. in der Spinallinie, etwas vergrößert, weich, ihre Beweglichkeit nach rechts stark vermindert. Uterus anteflektirt, etwas größer als normal, mäßig druckempfindlich. Das rechte Parametrium frei, dehnbar, schmerzlos; das rechte Ovarium palpirbar; das linke Parametrium resistent, stellt ein breites Infiltrat dar, schmerzhaft, das linke Ovarium nicht tastbar.

Diagnose: Endometritis. Parametritis sinistra.

Nach 6 Sitzungen ist das Infiltrat verschwunden, das linke Ovarium palpirbar; nach 8 Sitzungen war die linke Tube sehr deutlich palpirbar, gänsefederkieldick, vom uterinen Ende bis zur Ampulle tastbar, etwas beweglich, auf Druck empfindlich. Nun war es möglich, die Diagnose auf Salpingitis zu stellen und andere Therapie vorzunehmen.

2) Frau J. C., 24 Jahre alt.

Bescherden: Starke Schmerzen im Unterleibe, besonders rechterseits, im Kreuz; große Schmerzen bei Stuhlgang. Fluor albus. Hysterische Anfälle. Die Krankheit datirt seit einem Abort, den die Kranke vor $1^1/_2$ Jahren überstanden.

Status praesens: Portio vag. etwas vergrößert, konisch. Im Becken fühlt man: einen schmerzhaften Tumor, kindskopfgroß, rechterseits, welcher von knolligen para- und perimetritischen Massen und dem Uteruskörper, der mit hartem Exsudat umgeben, gebildet ist, so dass das rechte Scheidengewölbe ganz ausgefüllt und sehr empfindlich ist; einen zweiten Tumor von Orangegröße linkerseits, der auch empfindlich, elastisch, unbeweglich ist; hinter der Vaginalportion im Douglas'schen Raume ist noch das untere Segment von einem dritten Tumor, der sehr schmerzhaft, faustgroß, aus knolliger Masse besteht, deutlich fühlbar. Status afebrilis.

Diagnose war also: Lateroflexio dextra fixata, Peri-, Parametritis exsudativa dextra et posterior. Perioophoritis sinistra.

Nach 16 Sitzungen ist das Exsudat im rechten Parametrium und im Douglas'schen Raume verschwunden. Uterus ist anteflektirt, beweglich nach links

---

[7] Theilhaber, Thure Brandt's Methode der Behandlung d. Krankheiten der weiblichen Beckenorgane. Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 28.

[8] Bandl, Die Krankheiten der Tuben etc. Deutsche Chirurgie von Pitha und Billroth 1885. p. 42.

und rechts, nach vorn gehemmt. Das linke Ovarium ist um die Hälfte kleiner geworden, beweglich. Man fühlt deutlich:

a) Douglas'sche Falten, die verdickt, verkürzt und sehr schmerzhaft sind,

b) das rechte Ovarium neben der rechten Douglas'schen Falte taubeneigroß, fixirt und sehr schmerzhaft und

c) die rechte Tube, die verdickt, empfindlich bei Druck, verläuft bogenartig vom uterinen Ende bis zum rechten Ovarium, wo die erweiterte Ampulle ganz deutlich tastbar ist, etwas beweglich.

Die Diagnose stellte ich: Parametritis post. Schultze, Fixatio ovarii dextri. Salpingitis dextra.

Die Kranke wurde von den Herren Kollegen: Krajewski, Ciechomski und Boryssowicz untersucht und die Tube deutlich palpirt[9].

Die anderen Fälle werde ich nur ganz kurz skizziren.

3) Frau A. R., 31 Jahre alt.

In diesem Falle war die Diagnose auf Parametritis sin. c. fixatione uteri gestellt und nach der Massage (8 Sitzungen) war die linke Tube ganz deutlich zu palpiren und Salpingitis zu diagnosticiren.

4) Frau A. K., 28 Jahre alt.

Beschwerden: Große Schmerzen im Unterleibe und im Kreuz. Fluor albus. Abundante Menstruationen, sie bestehen seit 8 Monaten. Schwäche und Neurasthenie. Die Kranke hat 2mal abortirt; nach dem 2. Abort vor 2 Jahren eine Beckenentzündung überstanden.

Status praesens. Portio vag. in der Spinallinie, lacerirt, hart; ihre Beweglichkeit stark vermindert; Uterus retroponirt und anteflektirt, viel größer als normal, breit, hart, sehr schmerzhaft, kaum beweglich. Die beiden Parametrien straff, stark infiltrirt, besonders in der Umgebung der Ovarien; das hintere Scheidengewölbe infiltrirt, ungeheuer schmerzhaft.

Die Diagnose war also: Subinvolutio uteri. Perimetritis und Perioophoritis.

Nach der Massage (10 Sitzungen) ist der Uterus kleiner, weicher geworden, beweglich, anteflektirt. Die beiden Ovarien und Tuben, die mäßig angeschwollen und geschlängelt, deutlich zu tasten. Schmerzen fast verschwunden.

Nun war die Diagnose auf Salpingitis zu stellen.

Die Kranke hat Dr. W. Matlakowski untersucht und die Tuben deutlich palpirt. — Zum Schluss will ich nur die Aufmerksamkeit derjenigen Herren Fachgenossen, die sich mit der Brandt'schen Methode befassen werden, auf meine Angabe lenken, und meiner Überzeugung nach wird die Thure Brandt'sche Methode auf Vermehrung der Salpingotomien zweifellos großen Einfluss ausüben.

Leider war in keinem unserer Fälle die Salpingotomie dringend indicirt und so wurde in keinem die Laparotomie weder vorgeschlagen noch ausgeführt, doch scheint unser Palpationsbefund so sicher zu sein, dass wir es für gerechtfertigt gehalten, diese Angabe zu veröffentlichen.

Kasuistik.

1) Verhandlungen der geburtshilflichen Gesellschaft zu New York.

(Amer. journ. of obstetr. 1888. März. April. Mai.)

Sitzung am 3. Januar.

Polk zeigte Klemmzangen vor, welche von ihm angegeben wurden um die breiten Mutterbänder zu sichern bei vaginalen Hysterektomien.

---

[9] Die Kranke habe ich weiter behandelt und nach 3 Wochen entlassen: Der Uterus war anteflektirt, in allen Richtungen frei beweglich; das rechte Parametrium frei; das rechte Ovarium nicht vergrößert, nicht empfindlich, beweglich; die rechte Tube, wie früher, auf Druck empfindlich; das linke Parametrium frei, dehnbar; das linke Ovarium taubeneigroß, beweglich, nicht empfindlich; die Douglas'schen Falten nicht gespannt, nicht schmerzhaft. Alle Schmerzen verschwunden. Die Kranke, welche bettlägerig war, fühlt sich ihrer Angabe nach vollständig gesund.

Mundé berichtet über einen Fall von Hysterektomie bei Myomen. Der Stiel war sehr breit und wurde in der Bauchwunde fixirt, der Schlauch am 12. Tage gelöst.

Polk bemerkt, dass er in 2 Fällen in folgender Weise verfahren habe. Er machte einen Cirkulärschnitt um den größten Umfang des Uterus, zog den Bauchfellüberzug nach unten. Hinten und seitlich ist es nothwendig, einige Schichten der Muskulatur mitzunehmen. Dann wird der Uterus in dem Sack abgeschnitten, die Gefäße unterbunden, der Stumpf mit dem Cauterium actuale verkohlt. Dann wird der Schlauch gelöst und das losgetrennte Bauchfell mit dem Bauchfell seitlich des Bauchschnittes und weiter noch mit demselben selbst fest vernäht und dann in gewöhnlicher Weise der Verband über dem in der Bauchwunde befestigten Stumpfe angelegt.

Hauks spricht über Geschwülste, welche Schwangerschaft kompliciren.

In der Diskussion gehen die Meinungen in Betreff der Therapie weit aus einander.

Sitzung am 17. Januar.

Coe berichtet über einen Fall von extra-uteriner Schwangerschaft. Die 40jährige Frau, seit 18 Jahren verheirathet, hatte niemals koncipirt. Seit 4 Wochen bestanden Erscheinungen von Peritonitis. Bei der Untersuchung fand sich im Douglas eine harte unregelmäßige Geschwulst, welche als bösartiges Gewächs des Eierstockes oder als multiple subperitoneale Fibroide diagnosticirt wurde. Nach einiger Zeit stellte sich blutig eitriger Ausfluss ein und es entleerten sich nach und nach eine große Anzahl Knochen, welche einem fünfmonatlichen Fötus angehörten.

Harrison theilt einen Fall von Extra-uterin-Schwangerschaft mit, welchen er durch Galvanismus unterbrach. Die Diagnose war leicht, doch fehlte der Abgang der Decidua.

Dudley berichtet über 3 Fälle von bedrohlichen Erscheinungen nach dem Gebrauche von Cocain. Von einer 10%igen Lösung wurde nicht ganz eine Spritze voll injicirt. Von verschiedenen Seiten werden ähnliche unangenehme Erscheinungen gemeldet.

Sitzung am 7. Februar.

Nachdem verschiedene Instrumente vorgezeigt worden waren, berichtet Lee über einen Fall von Amputation des Cervix wegen Carcinom mit nachfolgendem Abort.

McLean theilt mit, dass er eine Frau, welche vor $1\frac{1}{2}$ Jahren eine Uterusruptur gehabt, bei welcher die Frucht in die Bauchhöhle schlüpfte und dann per vias naturalis entfernt wurde, jetzt mittels Wendung leicht entbunden habe.

Coe. Retroflexio fixati geheilt durch Hysterorrhaphie. Nach langer vergeblicher Behandlung entfernt C. die Eierstöcke und Tuben, durchtrennt die Adhäsionen und näht den Fundus mit Seide an die Bauchwand. Guter Erfolg.

Boldt. Eitrige exfoliative Cystitis. Die Abhandlung ist an anderer Stelle veröffentlicht und in diesem Blatte referirt.

Coe. Kraniotomie mit ungewöhnlicher Komplikation. Die 34jährige Frau hatte 3mal geboren, das letzte Mal ohne Kunsthilfe. Die Conjugata maß $3\frac{1}{4}$ bis $3\frac{1}{2}$ Zoll, an der Innenseite der Symphyse zeigt sich eine knöcherne Hervorragung. Hohe Zange, dann Versuch der Wendung. Es gelingt einen Fuß herabzubringen, doch der fest kontrahirte Uterus verhindert jede Drehung. Kraniotomie mit Anlegung des Kranioklasten, welcher abgleitet, eben so der stumpfe Haken. Erneuter Versuch der Wendung, welcher misslingt, nur ein Arm wird herabgebracht und amputirt, danach ein Fuß. Die Herableitung des zweiten Fußes gelingt erst, nachdem auch der zweite Arm abgetrennt ist. Mit großer Schwierigkeit lässt sich endlich der Rumpf entwickeln. Die Placenta war angewachsen und musste losgeschält werden. Die Frau war 5 Stunden unter dem Einflusse des Jodoforms gewesen und starb 48 Stunden nach der Entbindung.

Sitzung am 21. Februar.

Boldt berichtet über einen Fall von Laparotomie bei septischer Peritonitis. Er eröffnete die Bauchhöhle, nachdem das Ausspülen des Uterus durch Sublimat-

lösung resultatlos war, mittels eines 1½ Zoll langen Schnittes und spülte dieselbe mit heißem (46° C.) Wasser so lange aus, bis die Flüssigkeit ungefärbt abfloss. Der unmittelbare Erfolg war gut, das Fieber ging herab, doch einige Stunden später erfolgte Exitus.

Lee. Entfernung der Anhänge wegen Hysteroepilepsie. Bei einem 28jährigen Mädchen entfernte L. rechterseits die Uterusanhänge (linkerseits waren sie bereits vor 2 Jahren entfernt worden). Die Operation war einfach. Bald nach derselben trat Temperatursteigerung und Verminderung der Urinsekretion ein, welche sich bis zu vollständiger Unterdrückung derselben steigerte. Exitus am vierten Tage unter urämischen Erscheinungen. Bei der Sektion fanden sich die Nieren stark hyperämisch und vergrößert, die Ureteren normal.

Sitzung am 6. März.

Lee berichtet über einen Fall von septischer Peritonitis mit letalem Ausgang nach Dilatation des Cervix, welche mittels Laminaria behufs Untersuchung des Uterus bei Verdacht auf Myom bei Blutungen unter strenger Antisepsis gemacht worden war. Er führt den schlimmen Ausgang nicht auf Infektion zurück, sondern auf Shock, bedingt durch Dilatation bei hochgradiger Anämie. Einen zweiten Fall von tödlichem Ausgang bei einer unbedeutenden Operation (Trachelorrhaphie) berichtet derselbe. Auch hier will er die Ursache der hochgradigen Anämie zuschreiben, welche die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabsetzte.

Janvrin berichtet über mehrere Fälle von Amputatio mammae wegen Verdacht auf Krebs, deren einziges Symptom andauernder Schmerz nach Insulten war. In allen Fällen bestätigte das Mikroskop die Diagnose.

Sitzung am 20. März.

Boldt zeigt das Präparat eines Ovarienabscesses vor, welches von einer 34jährigen Multipara stammte. Es bestand in Folge eines Falles eine kleine Geschwulst im linken Parametrium, welche unter Erscheinungen von Fieber und heftigen Schmerzen plötzlich verschwunden war. B. drang auf Laparotomie, welche verweigert wurde. Zwei Tage später starb Pat.

Weiter demonstrirt derselbe das Präparat eines Kystofibroms der Gebärmutter welches er bei einer 52jährigen Frau entfernt hatte.

Dudley berichtet über einen Fall von Äthertod bei einer Frau, bei welcher er die Uterusanhänge entfernt hatte. Die Sektion zeigte, dass Endocarditis bestand, obgleich die Untersuchung des Herzens nichts Abnormes ergeben hatte.

Kletsch theilt 2 Fälle von extra-uteriner Schwangerschaft eingehend mit. In dem ersten wurde die Laparotomie gemacht, Tod in Folge von Shock. Der zweite betraf eine Frau, bei welcher im Jahre 1884 Thomas wegen extra-uteriner Schwangerschaft die Laparotomie mit gutem Erfolge gemacht hatte. Es wurde Elektricität angewandt. **Engelmann** (Kreuznach).

2) **Wilhelm Fischel** (Prag). Beiträge zur pathologischen Histologie der weiblichen Genitalien. II. Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Scheidencysten.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXIII. Hft. 1.)

Verf. schnitt von einer kirschkerngroßen Scheidencyste bei einer 24jähriger Frau, welche vor 2 Monaten zum ersten Mal geboren hatte, die Kuppe ab. Am 4. Wochenbettstage, wo Verf. die Pat. zuletzt sah, hatte die Cyste noch nicht bestanden. Dieselbe saß in der Medianlinie in der vorderen Scheidenwand in de Höhe des freien Randes der vorderen Muttermundslippe.

Die mikroskopische Untersuchung der mit dem Mikrotom angefertigten Schnitt serie des Präparates, deren Einzelheiten im Original nachzulesen sind, ergab, das die Cyste hervorgegangen war aus Lymphgefäßektasien. Die zähschleimige Beschaffenheit des Cysteninhaltes spricht nicht ernstlich dagegen, dieselbe war durcl Eindickung entstanden.

Aus Winckel's Zusammenstellung der Litteratur, so wie aus späteren Mit

theilungen scheint hervorzugehen, dass kleine bis erbsengroße Cysten selten sind; auch sind Cysten im oberen Drittel der vorderen Scheidenwand selten beschrieben worden; jedoch lassen die Publikationen keinen sicheren Schluss auf die wahre Häufigkeit zu.

Die Untersuchungen von Klob und die Anschauungen von Klebs stimmen mit dem Befund des Verf.s überein. Kaltenbach, Hörder, v. Preuschen, A. Lebedeff, Max Graefe, S. Takahasi haben Cysten mit epithelialer Auskleidung gefunden. Bei Letzterem ist von 5 Cysten eine aus Follikeln der Scheidenschleimhaut hervorgegangen. Chiari's und Piering's Untersuchungen der Gascysten der Scheide haben einen ähnlichen Befund ergeben wie die Forschungen des Verf.s. Chiari fand in 5 von ihm untersuchten Fällen die Innenfläche der Gascysten mit einem stellenweise fortlaufenden Belag von Riesenzellen ausgekleidet, auch fand er Riesenzellen in der Umgebung der Lymphfollikel der Scheide und in mit den Gascysten in Verbindung stehenden Spalträumen. Chiari glaubt, dass die Gascysten sich in pathologisch vorgebildeten, erweiterten Räumen der Lymphkapillaren entwickeln. Verf. hat keine derartigen Riesenzellen in seinen Präparaten gefunden, sondern nur einen allmählichen Übergang von normalen Endothelien zu hypertrophischen Formen festgestellt. Der Zusammenhang der Cyste durch erweiterte und pathologisch veränderte Lymphräume mit fast normalen Lymphkapillaren ist in seinen Untersuchungen nachgewiesen. Verf. hält es in Anbetracht der von ihm beobachteten papillären Beschaffenheit der Innenfläche der Cyste und des Umstandes, dass diese Stellen mit einem Zellsaume bekleidet sind, der mit einschichtigem, kubischem Epithel große Ähnlichkeit hat, für wahrscheinlich, dass bei gleichartigen Befunden Verwechslungen mit epithelialen Retentionscysten stattgefunden und verwirrend auf die Lehre von den Gascysten der Scheide gewirkt haben.

Zum Schluss weist Verf. darauf hin, dass bei der Colpohyperplasia cystica Winckel's nicht alle Cysten mit Gas, sondern sehr viele mit Flüssigkeit, manche mit Gas und Flüssigkeit gefüllt sind. Der Gasgehalt der Cysten habe aber die Aufmerksamkeit der folgenden Untersucher so sehr in Anspruch genommen, dass etwaiger Flüssigkeitsgehalt nicht besonders erwähnt wurde.

Der Arbeit sind Zeichnungen der mikroskopischen Befunde beigefügt.

Vowinckel (Berlin).

3) **Th. Landau** (Berlin). Zur Kasuistik der chronischen Ulcerationen an der Vulva.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXIII. Hft. 1.)

Veranlasst durch den Aufsatz von Grace Peckham (New York): »Ein Beitrag zur Kenntnis der ulcerativen Läsionen der Vulva« (s. Ref. dieses Centralbl. 1888. No. 16 p. 261) veröffentlicht Verf. einen Fall von schmerzhaften Geschwüren an den äußeren Genitalien eines jungen Mädchens, welche bei 3 Jahre hindurch fortgesetzter Behandlung nur 2mal für 6 resp. 3 Monate heilten (nach Ätzung mit dem Thermokauter bezw. mit konc. Milchsäure) und erst nach nochmaliger kräftiger Kauterisation seit nunmehr über 1 Jahr nicht recidivirten.

Für die Annahme von irgend welchen äußeren reizenden Einflüssen als Ursache für die Ulcerationen fehlt jeder Anhalt. Alles weist auf eine innere Ursache, eine konstitutionelle Erkrankung, hin.

Syphilis ist mit Sicherheit auszuschließen sowohl durch die Anamnese als auch durch den Befund. Nicht einmal die Inguinaldrüsen waren geschwollen. Auch die Erfolglosigkeit der oft angewandten antisyphilitischen Therapie spricht dagegen.

Carcinom oder irgend eine andere Neubildung anzunehmen verbietet der mikroskopische Befund und der klinische Verlauf.

Für Tuberkulose und Lupus spricht auch nichts.

Es bleibt also nichts übrig, als die Geschwüre als Geschwüre eigenthümlicher Art aufzufassen.

Von geradezu specifischer Wirkung auf sie erwies sich die Milchsäure und der Thermokauter.

Eine beigegebene Abbildung erläutert den Befund an den Genitalien.

Vowinckel (Berlin).

4) **W. Nagel** (Berlin). Beitrag zur Genese der epithelialen Eierstocksgeschwülste.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXIII. Hft. 1.)

Verf. weist an dem Material der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik der Charité nach, dass der von Gusserow zuerst ausgesprochenen Ansicht, dass chronische Entzündung der Eierstöcke unter Umständen zu Cystenbildung Veranlassung geben kann, eine große Tragweite zukommt. Er zeigt, dass die regelmäßig an chronisch entzündeten Ovarien sich unter der Oberfläche vorfindenden kleinen Cystchen, welche manchmal mit Einsenkungen des Oberflächenepithels in das Ovarialgewebe noch nachweisbar kommuniciren, nur Folgen der chronischen Oophoritis sind und den Ausgangspunkt der epithelialen Geschwülste des Eierstockes, namentlich der Kystome, bilden.

Paladino, Koster u. A. fassen die durch chronische Entzündung verursachten Einsenkungen des Oberflächenepithels als Einstülpung des Keimepithels zur Neubildung von Follikeln und Eiern und die Cystchen als neugebildete Graafsche Follikel auf, wobei in Betracht kommt, dass das Keimepithel als echtes Schleimhautepithel secernirt. das Sekret, wenn es nicht abfließen kann, sich zum Theil eindickt und dann koncentrisch geschichtete Kugeln entstehen, welche bei oberflächlicher Betrachtung eine gewisse Ähnlichkeit mit Primordialeiern haben. Von Graaf'schen Follikeln unterscheiden die genannten Cystchen sich namentlich durch ihre Auskleidung mit einer einfachen Lage regelmäßiger, kubischer Epithelzellen (Keimepithel) und Fehlen einer anderen Wandung, Fehlen des Eies und durch die unregelmäßige Gestalt. Eigentliche Schläuche im Sinne Pflüger's finden sich in keinem Stadium in der Entwicklung des Eierstockes. Vorgänge wie die Epitheleinsenkung bei chronisch entzündeten Eierstöcken finden zur Zeit der Entwicklung dieser Organe niemals statt. Die auf solchen irrthümlichen Voraussetzungen beruhenden Ansichten von Paladino, Koster u. A. von der postembryonalen Neubildung von Follikeln und Eiern ist falsch.

Die Epitheleinstülpungen sind stets etwas Pathologisches und können, wie es schon aus den Untersuchungen von Flaischlen, de Sinéty und Malassez hervorgeht, Anfangsstadien der Kystome bilden. (Die beiden letztgenannten Untersucher glauben allerdings, dass die epithelialen Schläuche erst durch Infektion von einem Kystom des anderen Ovarium ausgehen.) Verf. erweitert dies dahin, dass die Schläuche nicht nur die Anfangsstadien der Kystome, sondern der epithelialen Eierstocksneubildungen überhaupt sind und schließt sich in seinen Ausführungen Cornil an, der vorschlägt, bei Ovarien nicht von Kystomen, Adenomen, Carcinomen und Mischformen davon zu sprechen, sondern einfach von epithelialen Geschwülsten. Verf. geht am Schluss seiner Arbeit, welcher mehrere die Auseinandersetzungen erläuternde, von E. Eyrich ausgeführte Zeichnungen mikroskopischer Bilder beigefügt sind, noch kurz auf die aus den Parovarialschläuchen am Hilus ovarii hervorgehenden Flimmerepithelcysten und die wahren Cysten des Lig. lat. über, deren Entstehungsweise noch nicht ermittelt ist, und schildert dann kurz den Befund zweier Fälle, die seine früher ausgesprochene Auffassung von der Herkunft der epithellosen, einfächerigen Ovarialcysten aus dem Corpus luteum stützen.

Vowinckel (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

(Hierzu Titel und Register zu Jahrgang 1888.)

